



**Algunos aspectos de la sexualidad en adolescentes con discapacidad intelectual desde una
mirada psicoanalítica**

Luisa Mejía Díaz

Monografía presentada para optar al título de Especialista en Problemas de la Infancia y de la
Adolescencia

Tutora

Blanca Nubia Patiño Salazar, Magíster (MSc) en Literatura Colombiana

Universidad de Antioquia
Facultad de Ciencias Sociales y Humanas
Especialización en problemas de infancia y adolescencia
Medellín, Antioquia, Colombia
2023

Cita	(Mejía Díaz, 2023)
Referencia	Mejía Díaz, L (2023). <i>Algunos aspectos de la sexualidad en adolescentes con discapacidad intelectual desde una mirada psicoanalítica</i> . [Trabajo de grado de Especialización]. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Estilo APA 7 (2020)	



Especialización en Problemas de la Infancia y de la Adolescencia, Cohorte V.
 Centro de Investigaciones Sociales y Humanas (CISH).



CRAI María Teresa Uribe (Facultad de Ciencias Sociales y Humanas)

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Universidad de Antioquia - www.udea.edu.co

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

Este trabajo está dedicado a:

la diversidad, la inclusión y las diferencias, escenarios donde reside la mejor versión de los seres humanos.

A las chicas y chicos con discapacidad intelectual, quienes me habitan e inspiran todos los días; a la incesante lucha por sus derechos sexuales y reproductivos, y a sus posibilidades para amar sin prejuicio alguno.

A mi familia y amigos por su apoyo y compañía, sus gestos ayudaron a mitigar las dificultades del camino.

Agradecimientos

Al finalizar este viaje agradezco:

a la vida por todas sus bendiciones, por lo que soy, por lo que tengo y por todo lo que aprendo día a día.

Infinito aprecio y gratitud para doña Blanca, de quien admiro su paciencia y sabiduría, su amor y cercanía por la población con discapacidad.

A mi pareja por sus palabras de aliento, espera y compañía durante las largas horas de incertidumbre y de asesoría.

A mis padres y amigos por ir y venir, por intentar e insistir y no dejarme desistir

A todas y todos infinitas gracias

Contenido

Resumen	8
Abstract	9
Introducción	10
1. Planteamiento del problema.....	12
2. Antecedentes	14
3. Objetivos	17
3.1 Objetivo General	17
3.2 Objetivos Específicos	17
4. Una aproximación a la discapacidad desde el aspecto intelectual	18
4.1 La discapacidad mirada desde la salud.....	21
4.2 Pedagogía y discapacidad.....	27
4.3 Discapacidad intelectual: una mirada desde el psicoanálisis	31
5. Sexualidad infantil	36
6. La adolescencia en medio de la discapacidad: una mirada desde el psicoanálisis	40
6.1 Pérdida del cuerpo infantil	42
6.2 Identidad y rol	44
6.3 Los padres de la infancia.....	46
7. Encuentros y desencuentros en los cambios físicos y psíquicos en los adolescentes con discapacidad intelectual. desde una perspectiva psicoanalítica.....	49
7.1 Desprendimiento afectivo de los padres hacia nuevos objetos libidinales.....	49
7.2 Privacidad en la sexualidad de adolescentes con DI	50
7.3 Proyecto de vida y visión a futuro.....	53
8. Conclusiones	55

Referencias57

Índice de tablas

Tabla 1 Descriptores discapacidad intelectual leve DSMV	23
Tabla 2 Descriptores discapacidad intelectual moderada DSMV	24
Tabla 3 Descriptores discapacidad intelectual grave y profundo DSMV	25

Siglas, acrónimos y abreviaturas

AAIDD	Asociación Internacional para el estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales
AAMD	Asociación Americana sobre las personas con Deficiencia Mental
CI	Coeficiente Intelectual
CIF	Clasificación Internacional de Deficientes
DI	Discapacidad Intelectual
DSM V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EPS	Empresas Prestadoras de Salud
IPS	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental

Resumen

La presente monografía se propone identificar cómo se asumen algunos aspectos de la sexualidad en adolescentes con discapacidad intelectual desde una mirada psicoanalítica, con el fin de analizar y comprender el lugar de los derechos de estos e identificar los procesos propios de la adolescencia y reconocer qué aspectos de la sexualidad son dados y asumidos por ellos, sus familias y cuidadores.

Para ello es importante reconocer que la adolescencia como etapa evolutiva del ser humano, se inscribe en el desarrollo psíquico, que para el caso de la discapacidad intelectual no son logrados en primera instancia, por su condición de discapacidad y en segundo lugar, por las limitaciones que genera el lenguaje en sus familias, en las relaciones con el otro y consigo mismo; así como los cambios, no solo desde el aspecto físico, sino desde lo psíquico porque para las personas con discapacidad intelectual las transformaciones dadas en el cuerpo son inherentes al sujeto sin importar el grado de discapacidad o el diagnóstico que tengan.

Palabras clave: discapacidad intelectual, sexualidad, adolescencia, psicoanálisis, familia

Abstract

This monograph aims to identify how some aspects of sexuality are assumed in adolescents with intellectual disabilities from a psychoanalytic perspective, in order to analyze and understand the place of their rights and identify the processes of adolescence and recognize what aspects of sexuality are given and assumed by them, their families and caregivers.

For this, it is important to recognize that adolescence as an evolutionary stage of the human being, is inscribed in the psychic development, which in the case of intellectual disability are not achieved in the first instance, due to their condition of disability and secondly, due to the limitations generated by language in their families, in relationships with the other and with themselves; as well as the changes, not only from the physical aspect, but from the psychic because for people with intellectual disabilities the transformations given in the body are inherent to the subject regardless of the degree of disability or the diagnosis they have

Keywords: intellectual disability, sexuality, adolescence, psychoanalysis, family

Introducción

La presente monografía se propone identificar cómo se asumen algunos aspectos de la sexualidad en adolescentes con DI (discapacidad intelectual) desde una mirada psicoanalítica, con el fin de analizar y comprender el lugar de los derechos de las personas con discapacidad intelectual e identificar los procesos propios de la adolescencia y reconocer qué aspectos de la sexualidad son dados y asumidos por estos, sus familias, cuidador y el lenguaje.

Es así como los procesos de inclusión para los adolescentes con discapacidad intelectual en el entorno escolar, laboral y social han avanzado, donde la diversidad se concibe como la regla y no la excepción, aspecto que ha generado que en algunos casos se pasen por alto particularidades que es necesario analizar detalladamente, como es el caso de la sexualidad.

Desde el ámbito de las políticas nacionales e internacionales se garantizan los derechos de las personas con discapacidad, con miras a la educación y al trabajo. Sin embargo, hay un aspecto que transversaliza al sujeto en cada uno de estos escenarios del que se habla y es la sexualidad. Este aspecto en los adolescentes con discapacidad intelectual es un tabú, las familias no lo hablan, pero si toman decisiones, pareciera ser que la sexualidad de las personas con discapacidad intelectual fuese de un otro y no propia.

Reconocerse como sujeto sexual es una de las primeras construcciones de nuestra subjetividad, pero en las personas con discapacidad específicamente intelectual, se descontextualiza este aspecto o se detiene, en tanto los pensamientos por parte de sus padres o cuidadores es de considerarlos “niños eternos” y no permitir la construcción de su identidad sexual, decidir su paternidad o maternidad, entre otros.

Se antepone al reconocimiento de la sexualidad en adolescentes, el comprender que hablar de sexualidad, no implica específicamente un acto reproductivo que es sobre lo que se ha basado principalmente, puesto que la mayoría de cartillas o temas a considerar frente a este tema gira en torno a si pueden o no tener hijos, ¿cuál es el método de planificación más efectivo para los adolescentes?, ¿cómo controlar las relaciones sexo afectivas que se van dando? pero queda de lado su orientación sexual, su identidad con un género, su deseo de socializar y de reconocerse en un otro fuera de su familia.

En los capítulos que se desarrollan en la presente monografía; el primero define desde varias perspectivas el concepto de discapacidad intelectual, aspecto importante, puesto que es necesario

comprenderlo para entender las limitaciones y habilidades que tiene una persona con esta condición; la cual se divide en leve, moderada, grave y profunda, la gravedad de la condición es fundamental para comprender la independencia que tiene el sujeto en sus relaciones y acciones, y la manera en cómo su entorno relacional tiene incidencia en la toma de decisiones.

Si bien podemos identificar en algunos adolescentes con esta condición, habilidades en el lenguaje y habla que permiten establecer límites sobre el otro en función de su desarrollo, para quienes su condición es moderada o profunda, esto no es un hecho; y las decisiones básicas, inclusive la elección de su ropa, es un asunto propio de sus familiares o cuidadores.

El segundo capítulo establece la relación entre el proceso de adolescencia “normal” en comparación con un adolescente con discapacidad intelectual, que si bien se establece un proceso desde lo evolutivo no dista del de una persona “normal”, porque los cambios físicos, psicológicos y las responsabilidades que debe asumir el adolescente con discapacidad intelectual se dan en función de su responsabilidad subjetiva

En el capítulo tres se abordan los encuentros y desencuentros de los adolescentes con discapacidad intelectual a la luz de las consideraciones de una supuesta “normalidad”, con el fin de reconocer la sexualidad más allá de un acto reproductivo y orgánico, en el que se entiende todo aquello que traspasa al ser humano desde lo relacional y la construcción de la subjetividad desde una perspectiva psicoanalítica.

Por último, en las conclusiones se pueden evidenciar los encuentros y desencuentros que existen desde lo psíquico y físico de un adolescente con discapacidad intelectual, con el fin de resignificar la sexualidad en estas personas, puesto que se permite pensarse esta más allá de un hecho reproductivo.

1. Planteamiento del problema

En calidad de docente de apoyo en diversas instituciones he vislumbrado que la condición de discapacidad trae consigo distintas posturas, cada una de éstas desde la mirada que se tiene con respecto al sujeto que la posee. No es la misma percepción de quienes son sus cuidadores o padres, a quienes son sus terapeutas, médicos, personal de la salud o docentes; y lo más importante no es la misma percepción de quien la posee. Con frecuencia las personas que rodean a los adolescentes con discapacidad intelectual opinan y resuelven la mayoría de los problemas que asumiría en la cotidianidad una persona sin discapacidad o una, cuya condición sea considerable como propicia para la ejecución y determinación de asuntos personales.

Dentro de estas consideraciones es necesario resaltar un aspecto que, aunque envuelve al ser humano en todas sus dimensiones –la sexualidad– para las personas con discapacidad intelectual pareciera ser algo sobre lo cual tiene mucha influencia los cuidadores o padres. Desde esta perspectiva las personas con discapacidad son aquellos “niños eternos” quienes permanecen en casa, no construyen una familia, no toman decisiones, no son escuchados con respecto a su proyecto de vida, no generan independencia y mucho menos unos constructos de privacidad en tanto no son capaces de decidir con quienes pueden compartir, y no toman decisiones frente algunas acciones del día a día.

En concordancia con eso y reconociendo que existía en Colombia una condición jurídica que inhabilitaba a las personas con discapacidad, la interdicción; entendiendo ésta como:

La limitación o pérdida de la capacidad jurídica de una persona con discapacidad mental. Esto implicaba para el interdicto, no poder tomar decisiones sobre asuntos relativos a su vida personal y patrimonial. El estado de interdicción era decretado por un juez de familia, en un proceso que podía ser promovido por uno o varios terceros, que ni siquiera debían demostrar algún interés legítimo frente a la declaratoria. Con la demanda, debía aportarse un certificado médico psiquiátrico que corroborara la incapacidad mental absoluta de la persona con discapacidad, además de los tratamientos a los que debía someterse para superar ese estado. (Navas, s.f, párr 6)

Esta figura de interdicción, que, si bien ha tenido cambios en la actualidad con la Ley 1996 de 2019 del congreso de Colombia, donde se establecen los derechos de las personas con discapacidad en aspectos jurídicos, contempla de igual manera aspectos como acuerdos de apoyo o adjudicación judicial de apoyos. Si bien el problema a desarrollar en esta monografía no refiere a aspectos propios legales, si son importantes traerlos a consideración, con el fin de poner en evidencia las limitaciones que tiene una persona con discapacidad intelectual en su toma de decisiones.

En este sentido, el derecho a decidir en el ámbito de la discapacidad se circunscribe en distintas leyes, orientaciones y sentencias colombianas, que constantemente van en búsqueda de una garantía de derechos para las personas con DI, en su proceso de adolescencia y adultez.

Es así como se piensa ¿cómo asumen la sexualidad los adolescentes con discapacidad intelectual, desde una perspectiva psicoanalítica? en que la sexualidad sea reconocida no solo desde la parte reproductiva sino como todo lo que constituye al ser (identificación con un género, orientación sexual, sexo, etc.) haciendo énfasis en la adolescencia como etapa vital del desarrollo humano donde se genera una independencia psíquica o cambio de objeto de deseo distinto a los que se tienen en la infancia.

Por consiguiente, la adolescencia como etapa evolutiva del ser humano, se inscribe en el desarrollo psíquico, que para el caso de la discapacidad intelectual no son logrados, en primera instancia por su condición de discapacidad y segundo lugar, por las limitaciones que generan sus familias en las relaciones con el otro y consigo mismo.

2. Antecedentes

Abordar el concepto de sexualidad al igual que el de discapacidad intelectual implica determinarlo desde una perspectiva; en este caso el psicoanálisis. Sin embargo, el concepto de discapacidad intelectual desde el DSM V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) se define como “un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico”. (Psiquiatría, 2014, p. 17)

La sexualidad en las personas con discapacidad ha sido un tema tabú y de poco acercamiento por parte de sus cuidadores hacia ellos; esto puede observarse en el diálogo que se establece, donde se evidencia resistencia al hablar del tema, por temor a que los adolescentes lleguen a tener prácticas sexuales, resaltando la limitada concepción que se tiene sobre sexualidad. En la revisión bibliográfica, en torno al reconocimiento de la sexualidad en adolescentes con discapacidad intelectual, se encontró que:

En el artículo “Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual”, se plantea que las relaciones afectivas y sexuales son aspectos importantes a la hora de conseguir su desarrollo social y mejorar su calidad de vida, por consiguiente, la importancia de reconocer a las personas con discapacidad intelectual como seres humanos afectivos y sexuales, porque los mitos y falsas creencias que aún existen en este ámbito, así como la necesidad de crear programas y talleres de educación afectivo-sexual que permitan entender la vivencia de la sexualidad como un elemento de bienestar y prevenir riesgos. (Campo, 2003, p. 15).

Campo 2003, señala que la sexualidad “es un proceso de aprendizaje en el que el apego, la afectividad y el desarrollo sexual son aspectos esenciales” (p. 15), por tal razón ser sexuados implica reconocer que las relaciones sexuales son importantes en la vida en tanto permiten un desenvolvimiento del ser,

Un buen desarrollo sexual implica fomentar las relaciones interpersonales, las habilidades sociales, la autoestima y la afectividad, para así conseguir ser personas sexualmente sanas,

mejorando nuestra calidad de vida. La sexualidad de las personas con discapacidad está rodeada de prejuicios, mitos o falsas creencias que se intensifican más... Las limitaciones del grado de discapacidad, la sobreprotección familiar, la carencia de entornos en los que interactuar con iguales y el no reconocimiento de su necesidad de intimidad sexual, hacen difícil y a veces imposible el que las personas con discapacidad intelectual tengan relaciones interpersonales (Campo, 2003, p. 16).

En este sentido, las limitaciones del grado de discapacidad, la sobreprotección familiar, la carencia de entornos en los que interactuar con iguales y el no reconocimiento de su necesidad de intimidad sexual, hacen difícil y a veces imposible el que las personas con discapacidad intelectual tengan relaciones interpersonales; en tanto,

los factores que condicionan las necesidades afectivas y sexuales de las personas con discapacidad intelectual son limitadas, puesto que tienen dificultades para acceder a contextos de interacción social, debido a la sobreprotección, ausencia de espacios y tiempos privados, resistencia de la familia, etc. Por otra parte, su déficit cognitivo, falta de habilidades interpersonales y sociales, baja autoestima, poco autocontrol, dependencia de los demás, etc., les hace ser más vulnerables a los abusos, el acoso, y la violación. Estas razones, junto con la falta de educación sexual y de modelos de observación, son suficientes para destacar la necesidad de implantación de talleres y programas de educación sexual (Campo, 2003, p. 19).

En el artículo “Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad sexual” de Morales et al. (s.f), se rastrea la concepción o el imaginario social que se tiene a cerca de la sexualidad en personas con DI, teniendo presente que:

Los estudios internacionales sugieren que hay una tendencia hacia una postura más abierta, aunque aún existe un amplio rango de opiniones sobre la sexualidad de las personas con DI que van desde una actitud liberal hasta una postura restrictiva, con respecto a los derechos sexuales de la población con DI. Aunque la naturaleza cognitiva que subyace a esta variabilidad no ha sido claramente definida, se sabe qué factores como el grupo de

pertenencia (por ejemplo, administradores de educación especial y maestros), el grado de discapacidad, las características demográficas del grupo evaluado, la edad, el nivel de educación, religión, género, el aspecto evaluado (es decir, relaciones sexuales, matrimonio, paternidad), etc., influyen en las actitudes hacia la sexualidad en la DI. (Morales et al, s.f, p.436)

Por su parte Caricote, en el artículo “Sexualidad en adolescentes discapacitados”, plantea que:

La adolescencia es un período evolutivo de transición entre la infancia y la etapa adulta que implica cambios biológicos, cognitivos y socioemocionales. Es un período donde el adolescente puede involucrarse en situaciones de riesgo para su salud como es el uso de bebidas alcohólicas, tabaquismo, drogas, sexo sin protección y accidentes automovilísticos entre otros. Existen mitos y estereotipos alrededor de la sexualidad de las personas con discapacidad. Por ejemplo, la creencia popular establece que una persona discapacitada pierde su sexualidad y con ella, toda posibilidad de concebir un proyecto de vida individual y familiar. Por el contrario, la sexualidad es una dimensión de la personalidad que está siempre presente en la conducta humana y existe la creencia de que tener salud física es importante para una vida sexual sana y una discapacidad lleva a la creencia de concebir a una persona con discapacidad como un ser asexual. En este sentido, es necesario plantear la necesidad de reflexionar que la presencia de un impedimento físico en un/una adolescente no significa estar discapacitado sexualmente por cuanto la sexualidad no es solo una función biológica sino también es la más profunda fuente de encuentro, intimidad y comunicación de sentimientos y afectos. Por lo tanto, privar al ser humano de algo inalienable a su naturaleza resulta un crimen y un atentado a los derechos humanos (Caricote, 2012, p. 53).

3. Objetivos

3.1 Objetivo General

Comprender desde una perspectiva de psicoanalítica, cómo se asumen diversos aspectos de la sexualidad en adolescentes con discapacidad intelectual.

3.2 Objetivos Específicos

Abordar la discapacidad intelectual desde algunas áreas de las ciencias sociales y de la salud.

Identificar algunos aspectos de la sexualidad en adolescentes con discapacidad intelectual desde una mirada psicoanalítica.

Analizar los encuentros y desencuentros en los cambios físicos y psíquicos de adolescentes con discapacidad intelectual desde una perspectiva psicoanalítica.

4. Una aproximación a la discapacidad desde el aspecto intelectual

Con el fin de comprender lo que se entiende por discapacidad, es necesario realizar un recorrido por la evolución del concepto, en tanto en un principio se consideraban como retardos mentales que eran vistos como un castigo que realizaban los dioses a las sociedades y eran expulsados, pero, en el transcurrir histórico construyeron asilos y hospicios donde eran internados con el fin de ser rehabilitados.

El concepto de discapacidad no se define a sí mismo, sino que es el resultado de la cultura social, es decir, de la unión del contexto social y del momento histórico. El retraso mental es en esencia un fenómeno determinado socioculturalmente que sin duda empezó a manifestarse desde los albores de la humanidad. Cualquier sociedad, comprendidas las tribus más primitivas, ha estado constituida incuestionablemente por miembros más capaces y por otros menos capaces... La importancia de la debilidad individual, sin embargo, ha variado con las necesidades de la sociedad, sus expectativas y la conciencia social (Coll Espinosa, 2015, p. 22).

Es a partir del siglo XIX que se da apertura a procesos terapéuticos donde se priorizaron dos criterios: la inteligencia y la conducta adaptativa, es así como Tredgold (1937), propuso una de las concepciones clásicas al concebir al retrasado mental del siguiente modo:

Retrasado mental es aquella persona incapaz de llevar una vida adulta independiente. Incluye desarrollo incompleto, incapacidad de beneficiarse del sistema educativo ordinario, bajo coeficiente de inteligencia y comportamiento desadaptativo. El retraso mental se corresponde más con el término “amencia” (ausencia de mente), mientras que la enfermedad mental se relacionaría con el término “demencia” (pérdida de mente). Dividió las anormalidades de la mente en tres grupos: alteración mental, deterioro mental y desarrollo incompleto. La “deficiencia mental” (o retraso mental) podría aplicarse a todos los grupos. Si bien el neurótico y el psicótico pueden tener problemas similares a los de las personas con retraso, estas personas sufren una pérdida de capacidad más que una ausencia de la misma. Incluso, la persona psicótica puede recuperar su capacidad, mientras que la

persona retardada podría considerarse como una persona permanentemente afectada”. Tredgold, considera que el “retraso mental” es sinónimo de desarrollo incompleto, ineducable educativamente (incapacidad de beneficiarse del sistema educativo ordinario), bajo C.I. (coeficiente intelectual), incapacidad para mantener una vida independiente, y comportamiento general desadaptativo (Coll Espinosa, 2015, p. 74).

Entonces, solo hasta el siglo XIX se comienza a dar una clasificación entre todas esas anomalías que eran encerradas en un mismo grupo, la separación entre otras discapacidades como sordos o locos, inicia a tomar fuerza. En 1818, el autor Esquirol, define al retardado mental como idiota, generando una separación entre otras patologías psíquicas, pero al final de siglo se ejecutan por primera vez, pruebas o test de inteligencia, dando lugar a entender que esta condición provenía de diferentes causas y que por tanto hay distintos niveles de gravedad.

En el siglo XX, las definiciones, según la doctrina de Verdugo Alonso (1992) se basan esencialmente en los siguientes criterios:

- Distribuciones estadísticas de la inteligencia, asignando determinado nivel de retraso en la ejecución intelectual, y Problemas en la conducta adaptativa.

En este sentido, inicia una concepción de distintas disciplinas como la sociología, quien dio fuerza al segundo criterio propuesto por Verdugo Alonso (1992), donde se acepta la dificultad o el fracaso en la socialización como criterio para definir la intervención. En el año de 1959, la Asociación Americana sobre las personas con Deficiencia Mental (AAMD) marcan una nueva pauta donde se establece lo psicométrico, lo cognitivo y el análisis funcional o comportamental, como parte de la evaluación de las personas con deficiencia mental.

Si bien los modelos y las disciplinas que fluctuaban en la construcción de la definición y clasificación eran importantes, tomó mayor relevancia los criterios psicométricos, donde el CI (coeficiente intelectual) era relevante.

En los años sesenta, la AAMD publica el manual sobre terminología y clasificación del retraso mental, en el que considera que: “el retraso mental está relacionado con un funcionamiento intelectual general por debajo de la media, que se origina en el periodo del desarrollo, y se asocia con deficiencias en el comportamiento adaptativo” (Coll Espinosa, 2015, p. 79). Posteriormente,

la Asociación Americana sobre Deficiencia Mental plantea que: “el retraso mental se refiere a un funcionamiento intelectual general significativamente inferior a la media que existe concurrentemente con déficits en conducta adaptativa y que se manifiesta durante el período del desarrollo. Se elimina el nivel límite y se establecen cuatro categorías, a saber: “Ligero (67-52), Medio (51-36), Severo (35-20) y Profundo (19 y por debajo)” (Coll Espinosa, 2015, p. 80).

A partir de la AADM, surgieron varios cambios, porque no solo se comenzó a instaurar la importancia de la psicometría, sino que permitió generar delimitaciones claras, así mismo dio apertura a otras disciplinas como la psicología, la educación, el trabajo social, la legislación entre otros. Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001) la define como “el resultado de la interacción entre las características de la persona y las barreras del entorno, que limitan su actividad y restringen la participación en igualdad de condiciones con las demás”. (Fundacion Saldarriaga Concha, 2019, párr 6)

Sin embargo, la Clasificación Internacional de Deficientes (CIF), lo definió como “problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una pérdida” (Jiménez Tordoya, E. J. 2016). Mientras que la OMS (1983) hace “referencia a las anomalías de la estructura corporal y de la apariencia y a la función de un órgano o sistema, cualquiera que sea la causa” (Méndez, s.f, p. 2), ésta como muchas más definiciones se fueron dando al igual que la concepción sobre las personas con discapacidad, puesto que transitó entre deficientes y minusválidos.

De acuerdo con lo anterior se han generado distintos modelos para abordarlo, pasando de un enfoque biomédico a uno ecológico de integración social, donde se piensa al sujeto con discapacidad en un contexto social, lejano a lo que sucedía en décadas anteriores que eran expulsados e internados en hospicios con motivos de normalizarlos. El modelo de integración social permite pensar al sujeto en contexto, sin importar su condición de discapacidad. Así mismo surge el modelo médico-biológico y el modelo social. El primero define la discapacidad como producto de una enfermedad “la discapacidad es un problema de la persona directamente causado por una enfermedad, trauma o condición de salud, que requiere cuidados médicos prestados en forma individual por profesionales” (Padilla, 2010, p. 402). El segundo, sostiene que la discapacidad no solo es la derivación de una enfermedad, bien sea congénita u obtenida, sino que es el resultado de las interacciones con el contexto, por lo que define la discapacidad como un compilado de condiciones, que se dan de “la interacción de una persona con un medio ambiente

particular, en el cual se evidencian las limitaciones o desventajas que tiene la persona en ese ambiente y que definen su estatus de discapacitado” (Padilla, 2010, p. 404)

En este sentido, la construcción de la discapacidad mental se divide en dos momentos. La primera que se genera antes del siglo XIX, donde las personas con esta condición no tenían distinción alguna de otras patologías o discapacidad y un segundo momento, luego del XIX, donde se le da mayor relevancia a identificar las causas, además de consolidarse grupos interdisciplinarios que permiten una construcción integral de la definición.

A partir de este desarrollo se da lugar a distintas tipologías de discapacidad, como lo son la discapacidad, cognitiva o intelectual, sensorial (auditiva y visual), motora y mental-psicosocial. La discapacidad cognitiva es una condición que ha estado permeada de distintos estigmas sociales. Según Ríos et al, (2017), “la forma como denominamos a las personas con discapacidad cognitiva da vida, de forma inconsciente, a ciertos mitos existentes entorno a ellas, por ejemplo, que son eternos niños, incapaces de aprender y libidinosos” (Ríos et al, 2017, p. 89) la concepción de que son “niños eternos” aún prevalece, esto debido a la poca independencia, autonomía y confianza que se genera del sujeto con su entorno familiar o cuidador, entre otros.

4.1 La discapacidad mirada desde la salud

La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad (CIF), comparte en su consolidación con respecto a la discapacidad intelectual, algunos principios que también se establecen en la Asociación Internacional para el estudio Científico de las Discapacidades Intelectuales (AAIDD), por tal razón la CIF desde un enfoque multidisciplinar, resalta las siguientes dimensiones como parte del proceso evaluativo más allá de asignar un asunto etiológico. Estas dimensiones son: el funcionamiento intelectual, conducta adaptativa, salud, contexto e interacciones, participación y roles sociales.

Así mismo, la necesidad de mirar al sujeto de manera integral, aunque desde una perspectiva médica no busca limitar la visión que se tiene del sujeto desde una sola ciencia de la salud, por tal razón si bien la medida del CI sigue siendo preponderante en la caracterización o determinación de una discapacidad, no es la única que lo determina. Por tal razón se define como “limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual y la conducta adaptativa tal como se ha manifestado en habilidades prácticas, sociales y conceptuales”. (Luckasson & Cols., 2002, p. 8).

El CI puede variar con la edad, sin embargo, es un concepto con pocas fluctuaciones, dado que tiene un gran componente hereditario, sin embargo, no se descartan los aspectos ambientales dentro de este factor (Xiaoyan & Jing, 2017, p. 4).

Una de las disciplinas que ha aportado al concepto de discapacidad mental en el área de la salud es la psiquiatría, por tal razón, la clasificación de gravedad y tipo de discapacidad se ha venido dado en función del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM III).

Según Navas et al, la discapacidad se determina por:

- “Limitaciones significativas en el funcionamiento intelectual, y
- Limitaciones significativas en la conducta adaptativa, que se manifiesta en habilidades conceptuales, sociales y prácticas” (Navas et al, 2008, p. 146).

En el DSM V, la discapacidad intelectual se encuentra ubicada en la categoría de trastornos del desarrollo intelectual, por lo que es importante esclarecer que una esquizofrenia, una ludopatía, un trastorno neurocognitivo o una pedofilia no corresponden directamente a un trastorno mental o una condición de discapacidad. Es necesario identificar el deterioro en la funcionalidad del individuo en el área del lenguaje, los procesos de socialización y dependencia para determinar el grado de discapacidad.

En este sentido, se define como:

[...] (Trastorno del desarrollo intelectual) es un trastorno que comienza durante el período de desarrollo y que incluye limitaciones del funcionamiento intelectual como también del comportamiento adaptativo en los dominios conceptual, social y práctico y que se inscriban en los siguientes criterios:

A. Deficiencias de las funciones intelectuales, como el razonamiento, la resolución de problemas, la planificación, el pensamiento abstracto, el juicio, el aprendizaje académico y el aprendizaje a partir de la experiencia, confirmados mediante la evaluación clínica y pruebas de inteligencia estandarizadas individualizadas.

B. Deficiencias del comportamiento adaptativo que producen fracaso del cumplimiento de los estándares de desarrollo y socioculturales para la autonomía personal y la responsabilidad social. Sin apoyo continuo, las deficiencias adaptativas limitan el

funcionamiento en una o más actividades de la vida cotidiana, como la comunicación, la participación social y la vida independiente en múltiples entornos, tales como el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad.

C. Inicio de las deficiencias intelectuales y adaptativas durante el período de desarrollo.

Nota: El término diagnóstico discapacidad intelectual es equivalente al diagnóstico CIE-11 trastornos del desarrollo intelectual. Aunque a lo largo del manual se utiliza el término discapacidad. (Psiquiatría, 2014, p. 17).

De acuerdo con lo anterior y con el objetivo de mediar con respecto al diagnóstico se clasificó la discapacidad en leve, moderada, grave y profunda. A continuación, se detallan las tablas que describen las características según el grado de gravedad de cada una de ellas.

Tabla 1
Descriptor de discapacidad intelectual leve DSMV

Esca la de gravedad -	Dominio Conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Leve	En los niños de edad preescolar puede no haber diferencias conceptuales manifiestas. En los niños de edad escolar y en los adultos existen dificultades en el aprendizaje de las aptitudes académicas relativas a la lectura, la escritura, la aritmética, el tiempo o el dinero, y se necesita ayuda en uno o más campos para cumplir las expectativas relacionadas con la edad. En los adultos existe alteración del pensamiento abstracto, de la función ejecutiva (es decir, la planificación, la definición de estrategias, la determinación de prioridades y la flexibilidad cognitiva) y de la memoria a corto plazo, así como del uso funcional de las aptitudes académicas (p. ej., leer, manejar el dinero). Existe un enfoque algo concreto de los problemas y las soluciones en comparación con los grupos de la misma edad.	En comparación con los grupos de edad de desarrollo similar, el individuo es inmaduro en cuanto a las relaciones sociales. Por ejemplo, puede haber dificultad para percibir de forma precisa las señales sociales de sus iguales. La comunicación, la conversación y el lenguaje son más concretos o inmaduros de lo esperado para la edad. Puede haber dificultades de regulación de la emoción y del comportamiento de forma apropiada para la edad; estas dificultades son percibidas por sus iguales en las situaciones sociales. Existe una comprensión limitada del riesgo en las situaciones sociales; el juicio social es inmaduro para la edad y el individuo corre el riesgo de ser manipulado por los otros (ingenuidad).	El individuo puede funcionar de forma apropiada para la edad en el cuidado personal. Los individuos necesitan cierta ayuda con las tareas complejas de la vida cotidiana en comparación con sus iguales. En la vida adulta, la ayuda implica normalmente la compra, el transporte, la organización doméstica y el cuidado de los hijos, la preparación de los alimentos y la gestión bancaria y del dinero. Las habilidades recreativas son similares a las de los grupos de la misma edad, aunque necesita ayuda respecto al juicio relacionado con el bienestar y la organización del ocio. En la vida adulta, con frecuencia se observa competitividad en los trabajos que no destacan en habilidades conceptuales. Los individuos generalmente necesitan ayuda para tomar decisiones sobre el cuidado de la salud y sobre temas legales, y para aprender a realizar de manera competente una ocupación que requiera habilidad. Se necesita normalmente ayuda para criar una familia.

Tabla 2
Descriptor de discapacidad intelectual moderada DSMV

TABLA 1 Escala de gravedad de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) (cont.)

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Moderado	Durante todo el desarrollo, las habilidades conceptuales de los individuos están notablemente retrasadas en comparación con sus iguales. En los preescolares, el lenguaje y las habilidades preacadémicas se desarrollan lentamente. En los niños de edad escolar, el progreso de la lectura, la escritura, las matemáticas, la comprensión del tiempo y el dinero se produce lentamente a lo largo de los años escolares y está notablemente reducido en comparación con sus iguales. En los adultos, el desarrollo de las aptitudes académicas está típicamente en un nivel elemental y se necesita ayuda para todas las habilidades académicas, en el trabajo y en la vida personal. Se necesita ayuda continua a diario para completar las tareas conceptuales de la vida cotidiana, y otras personas podrían tener que encargarse de la totalidad de las responsabilidades del individuo.	El individuo presenta notables diferencias respecto a sus iguales en cuanto al comportamiento social y comunicativo a lo largo del desarrollo. El lenguaje hablado es típicamente el principal instrumento de comunicación social, pero es mucho menos complejo que en sus iguales. La capacidad de relación está vinculada de forma evidente a la familia y a los amigos, y el individuo puede tener amistades satisfactorias a lo largo de la vida y, en ocasiones, relaciones sentimentales en la vida adulta. Sin embargo, estos individuos podrían no percibir o interpretar con precisión las señales sociales. El juicio social y la capacidad para tomar decisiones son limitados, y los cuidadores han de ayudar al individuo en las decisiones de la vida. La amistad, que normalmente se desarrolla con los compañeros, con frecuencia está afectada por limitaciones de la comunicación o sociales. Para tener éxito en el trabajo es necesaria una ayuda social y comunicativa importante.	El individuo puede responsabilizarse de sus necesidades personales, como comer y vestirse, y de las funciones excretoras y la higiene como un adulto, aunque se necesita un período largo de aprendizaje y tiempo para que el individuo sea autónomo en estos campos, y podría necesitar personas que le recuerden lo que tiene que hacer. De manera similar, podría participar en todas las tareas domésticas de la vida adulta, aunque se necesita un período largo de aprendizaje y se requiere ayuda continua para lograr un nivel de funcionamiento adulto. Podrá asumir encargos independientes en los trabajos que requieran habilidades conceptuales y de comunicación limitadas, pero se necesitará una ayuda considerable de sus compañeros y supervisores, y de otras personas, para administrar las expectativas sociales, las complejidades laborales y las responsabilidades complementarias, como la programación, el transporte, los beneficios sanitarios y la gestión del dinero. Se pueden desarrollar diversas habilidades recreativas. Estas personas necesitan normalmente ayuda adicional y oportunidades de aprendizaje durante un período de tiempo largo. Una minoría importante presenta un comportamiento inadecuado que causa problemas sociales.

Discapacidad intelectual (Trastorno del desarrollo intelectual)

Tabla 3
Descriptor de discapacidad intelectual grave y profundo DSMV

TABLA 1 Escala de gravedad de la discapacidad intelectual (trastorno del desarrollo intelectual) (cont.)

Escala de gravedad	Dominio conceptual	Dominio social	Dominio práctico
Grave	Las habilidades conceptuales están reducidas. El individuo tiene generalmente poca comprensión del lenguaje escrito o de los conceptos que implican números, cantidades, tiempo y dinero. Los cuidadores proporcionan un grado notable de ayuda para la resolución de los problemas durante toda la vida.	El lenguaje hablado está bastante limitado en cuanto a vocabulario y gramática. El habla puede consistir en palabras o frases sueltas y se puede complementar con medios potenciadores. El habla y la comunicación se centran en el aquí y ahora dentro de los acontecimientos cotidianos. El lenguaje se utiliza para la comunicación social más que para la explicación. Los individuos comprenden el habla sencilla y la comunicación gestual. Las relaciones con los miembros de la familia y con otros parientes son fuente de placer y de ayuda.	El individuo necesita ayuda para todas las actividades de la vida cotidiana, como comer, vestirse, bañarse y realizar las funciones excretoras. El individuo necesita supervisión constante. El individuo no puede tomar decisiones responsables sobre el bienestar propio o de otras personas. En la vida adulta, la participación en tareas domésticas, de ocio y de trabajo necesita apoyo y ayuda constante. La adquisición de habilidades en todos los dominios implica aprendizaje a largo plazo y con ayuda constante. En una minoría importante existen comportamientos inadaptados, incluidas las autolesiones.
Profundo	Las habilidades conceptuales se refieren generalmente al mundo físico más que a procesos simbólicos. El individuo puede utilizar objetos específicos para el cuidado de sí mismo, el trabajo y el ocio. Se pueden haber adquirido algunas habilidades visoespaciales, como la concordancia y la clasificación basada en las características físicas. Sin embargo, la existencia concurrente de alteraciones motoras y sensitivas puede impedir el uso funcional de los objetos.	El individuo tiene una comprensión muy limitada de la comunicación simbólica en el habla y la gestualidad. El individuo puede comprender algunas instrucciones o gestos sencillos. El individuo expresa su propio deseo y sus emociones principalmente mediante la comunicación no verbal y no simbólica. El individuo disfruta de la relación con miembros bien conocidos de la familia, con los cuidadores y con otros parientes, e inicia y responde a las interacciones sociales mediante señales gestuales y emocionales. La existencia concurrente de alteraciones sensoriales y físicas puede impedir muchas actividades sociales.	El individuo depende de otros para todos los aspectos del cuidado físico diario, la salud y la seguridad, aunque también puede participar en algunas de estas actividades. Los individuos sin alteraciones físicas graves pueden ayudar en algunas de las tareas de la vida cotidiana en el hogar, como llevar los platos a la mesa. Las acciones sencillas con objetos pueden ser la base de la participación en algunas actividades vocacionales con un alto nivel de ayuda continua. Las actividades recreativas pueden implicar, por ejemplo, disfrutar escuchando música, viendo películas, saliendo a pasear o participando en actividades acuáticas, todo ello con la ayuda de otros. La existencia concurrente de alteraciones físicas y sensoriales es un impedimento frecuente para la participación (más allá de la mera observación) en las actividades domésticas, recreativas y vocacionales. En una minoría importante existen comportamientos inadaptados.

Cada una de las tablas detalladas dan cuenta de la funcionalidad del sujeto de acuerdo con la escala de gravedad en la que se inscribe, en el dominio conceptual, se apunta a la pregunta por el ¿qué sabe el adolescente con discapacidad intelectual?

Se valora el desarrollo de las habilidades cognitivas, las funciones ejecutivas y las aptitudes académicas. En el dominio social, indagamos por ¿cómo se relaciona el adolescente con discapacidad intelectual? Se evalúa la interacción en el contexto, los nexos familiares, la independencia, el manejo de las emociones y las intenciones comunicativas y finalmente, en el dominio práctico, ¿cómo lo hace? se tiene en cuenta la toma de decisiones, el manejo de la autonomía y la utilización del tiempo libre en su cotidianidad y en pro de su desarrollo personal, en tanto que:

La confusión de la evaluación de adquisición de conocimientos con la “medida de inteligencia” convertida en estándar, provocó que lo que era un concepto estadístico, “lo normal”, se desplazará a la psicología como equivalente a normal, es decir, opuesto a patológico, a anormal, a débil o a enfermo. La consecuencia obvia fue que apareció una población segregada y no solo señalada como retardos mentales, sino, además, vistos como enfermos. Pero, además, a ese promedio, llamado en investigación empírica “normal”, se le dio un carácter normativo e ideal; ya no dependía del contexto social, ni cultural, sino que se trasladó, tal cual a otros países (Ramírez, 2003. p. 100).

Es importante aclarar que el DSM V establece además una edad específica para generar un diagnóstico de discapacidad. Antes de los siete años por la plasticidad cerebral que aún tienen los niños, se generan diagnósticos de trastornos, en tanto puede darse la posibilidad de que sea una situación transitoria. El retraso global del desarrollo es uno de los primeros diagnósticos que se generan en la infancia, cuando se presenta una alerta en el desarrollo de éste.

4.2 Pedagogía y discapacidad

La revolución industrial trajo consigo la necesidad de modificar la construcción que se tenía de comunidad e instauró sociedades individualistas; es así como nace la necesidad de formar personas para la industria y las escuelas se convierten en espacios para civilizar.

El cambio en la sociedad que se preparó a fines del siglo XIX, prosiguió a un ritmo cada vez más rápido; la sociedad se transformó por completo. La cifra del campesinado disminuyó considerablemente y los agricultores de hoy, si quieren sobrevivir, deben rentabilizar sus explotaciones con métodos modernos: seguir a la economía de mercado. Los artesanos deben seguir seminarios de gestión antes de abrir sus negocios. Casi no quedaban pequeños oficios lucrativos. La desocupación contribuye a agravar las dificultades de inserción de aquellos que no han realizado estudios porque el nuevo orden económico exige a los trabajadores un nivel de competencia cada vez más alto.

Con la llegada de pedagogos como Vigosky y Piaget, quienes desde una mirada psicológica y pedagógica orientaron por medio de teorías como –las funciones psicológicas superiores y las etapas del desarrollo cognitivo– medios y formas en los que se construye el proceso de aprendizaje; dieron lugar a que la brecha entre el niño normal y anormal se fuera identificando con mayor claridad.

Vigosky fue el primero en hablar sobre el desarrollo cultural del niño, es así como establece que:

En el desarrollo cultural del niño, toda función aparece dos veces: primero, a nivel social, y más tarde, a nivel individual; primero entre personas (interpsicológica), y después, en el interior del propio niño (intrapicológica). Esto puede aplicarse igualmente a la atención voluntaria, a la memoria lógica y a la formación de conceptos. Todas las funciones psicológicas se originan como relaciones entre seres humanos (Baquero, 1996, p. 7).

Vigosky, al igual que el psicoanálisis, a reconocer la importancia del contexto en la formación de los sujetos. Para los adolescentes con discapacidad, dependiendo de la gravedad, las instituciones educativas son parte de la formación. Si la gravedad de la condición es significativa, la mayoría de los adolescentes no acceden a la educación formal, y participan de encuentros en corporaciones, fundaciones, organizaciones no gubernamentales (ONG), Instituciones prestadoras

de servicios de salud (IPS) que son asignadas por sus empresas prestadoras de salud (EPS), como acompañamiento al proceso de rehabilitación. De esta manera, la concepción de cómo se genera el proceso de aprendizaje visto desde Vigosky parte inicialmente en el contexto y finalmente de manera individual.

Vigotsky en su teoría del desarrollo próximo, dio importancia a los docentes y pares en el proceso de aprendizaje. Es en esta etapa donde se permite la transición entre la zona de desarrollo real a la zona de desarrollo potencial. La zona de desarrollo próximo permite que el adolescente, construye su aprendizaje en la interacción con su contexto y de esta manera generar autonomía, permitiendo llegar a la zona de desarrollo potencial, donde el sujeto aprenderá sin mediación.

Este proceso de formación de las funciones psicológicas superiores se dará, para Vygotsky, a través de la actividad práctica e instrumental, pero no individual, sino en interacción o en cooperación social. La transmisión de estas funciones desde los adultos que ya las poseen a las nuevas crías en desarrollo se produce mediante la actividad o interactividad entre el niño y los otros adultos o compañeros de diversas edades en la Zona de Desarrollo Próximo. Con toda propiedad podemos denominar a este proceso como educación y es justamente el procedimiento por el que la especie humana ha logrado vencer o modificar cualitativamente las leyes biológicas de la evaluación (Álvarez & Del Río, 1990, p. 5).

Para las personas con discapacidad intelectual, el proceso de inclusión educativo es un privilegio, ya que es una decisión de sus cuidadores o padres, y no un beneficio como lo es para los niños con no tienen discapacidad.

En la organización de la Enseñanza Especial; se abordó de manera general aspectos de la formación de profesores especializados; y también la colaboración profesional entre profesores, médicos y psicólogos. Se mencionó que los niños anormales deberían verse como “educables” y no como “asistidos”, así como la necesidad de que las autoridades públicas actúen en medidas preventivas y proporcionen una educación adecuada a los sordos, a los mudos y a los discapacitados mentales, con el fin de convertirlos en seres útiles para ellos mismos y para la sociedad (De Miranda Cardoso & Martínez, 2020, p. 98).

Para Piaget, las personas con retraso mental no pueden llevar a cabo operaciones mentales. Con la escala de desarrollo que se generó a raíz de lo propuesto por Piaget, los educadores pudieron identificar retrasos en el proceso de aprendizaje de los niños y niñas y por esta razón fueron tomando el nombre de retrasados mentales. Además de esto señala al igual que Vigosky, la importancia del docente en el proceso de aprendizaje

Piaget también señala que era común que los países propongan la enseñanza de Psicología en los cursos de formación del profesorado con el objetivo de dar respuesta a las demandas de educación, como en el caso de la Enseñanza Especial, y expresa la necesidad de conocer el perfil esta enseñanza, ya sea libresco o experimental (Piaget, 1936). Piaget entendió que la pedagogía no debe limitarse al conocimiento teórico-psicológico de la psicología infantil, “como una simple aplicación del conocimiento psicológico”, sino avanzar hacia una “verificación empírica” por medio de la “Pedagogía experimental”. Pero el tipo de experiencias que esa investigación implica solo puede ser instituido por educadores o por una reunión de profesionales y psicólogos escolares.

Si bien la educación ha sido una institución fundamental para los procesos de inclusión de adolescentes con discapacidad intelectual, en la actualidad se ha visto en la necesidad de transformar y evolucionar a fin de generar procesos inclusivos.

Por esta razón desde la práctica pedagógica, algunos autores como Rousseau, en el siglo XVIII, dan un giro a la educación y con su obra “Emilio: niño y educación”, intenta plantear un modelo ideal de educación, dando al niño una postura diferente, no solo de receptor de conocimiento, sino como aquel que genera el saber y ciudadanos en formación. Si bien este autor señala un cambio de paradigma para su época, la inclusión en contextos educativos de adolescentes con discapacidad intelectual lo es, puesto que, en Colombia, se ha tenido que transitar entre el proceso de desinstitucionalización, integración y ahora, un proceso de inclusión donde no solo está el sujeto en el contexto, sino que se debe garantizar su permanencia y velar por sus derechos.

En Colombia la clasificación que se realiza a una persona con discapacidad intelectual (DI) está direccionada por los modelos médico, psiquiátrico y neurológico. La atención de personas con discapacidad está orientada por el Decreto 1421 de agosto del 2017, donde se considera el contexto como discapacitante y acuña el término de barreras para el aprendizaje, pero a su vez regula los procesos de inclusión en las Instituciones Educativas a las personas con discapacidad.

En el Decreto 1421 se definen los procesos de inclusión desde la concepción de persona con discapacidad como:

Al referirse a las personas con discapacidad también hace referencia a aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, que, al interactuar con diversas barreras, pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás (Hernández, 2015, p. 55).

Si bien la construcción actual de cómo se concibe una persona con discapacidad, ha sido el resultado de una evolución, la educación especial, juega un rol importante para los niños, niñas y adolescentes que son considerados “anormales”, también llamados en el contexto educativo, niños con necesidades educativas especiales, denominados de esta manera por pertenecer a un sector de la población que no lograba ser nombrado en su época, buscando generar espacios en contextos educativos, con resignificación al sujeto con un diagnóstico y reconociendo procesos desde las habilidades, más no desde el déficit y el señalamiento de la diferencia, porque en la actualidad, el modelo sobre el cual se basa la educación inclusiva de personas con discapacidad es el modelo social, éste se genera a raíz de las limitaciones que tiene el modelo médico-biológico en el contexto educativo, pero la intervención implica un acompañamiento interdisciplinario donde la educación juega un papel fundamental.

El modelo social sostiene que la discapacidad no solo se deriva de la patología, sino del resultado de condiciones, estructuras, relaciones, interacciones interpersonales del sujeto con el contexto, reconociendo el contexto no solo como la planta física, sino el sistema de salud, las personas, la familia, la escuela, etc.

En relación con la discapacidad, la clasificación internacional del funcionamiento (CIF) describe que:

La discapacidad no es un atributo de la persona, sino un complicado conjunto de condiciones, muchas de las cuales son creadas por el contexto/entorno social. Por lo tanto, el manejo del problema requiere actuación social y es responsabilidad colectiva de la sociedad hacer las modificaciones ambientales necesarias para la participación plena de las personas con discapacidades en todas las áreas de la vida social. Por lo tanto, el problema es más ideológico o de actitud, y requiere la introducción de cambios sociales. Lo que en el ámbito de la política (y del derecho) se constituye en un tema de derechos humanos (Pérez, 2021, p. 248).

Este modelo, reconoce la discapacidad como un constructo social, y es de esta manera como la educación es eje central en el acompañamiento de las personas con discapacidad. Si bien esto ha significado un reto para los docentes, pone en juego sus prácticas y estrategias metodológicas. El modelo social reconoce el déficit de una persona en cuanto el medio no tenga la capacidad de dar respuestas a sus necesidades.

4.3 Discapacidad intelectual: una mirada desde el psicoanálisis

La discapacidad intelectual, ha evolucionado en su epistemología y así mismo en cómo se ha concebido al sujeto en la historia y en el contexto. Para estas contribuciones, la medicina, la psiquiatría y el psicoanálisis fueron de las primeras disciplinas interesadas en pensar el sujeto. La psiquiatría desde lo orgánico, y quien rompió con distintos paradigmas, el psicoanálisis; éste comenzó a darle fuerza a algo que no se podía ver y que, hasta entonces, no se pensaba: la mente-la psiquis. La psiquiatría por tanto se encargó de clasificar y diferenciar los trastornos de la discapacidad. En el momento en que la psiquiatría clásica toma mayor fuerza en la clasificación de las enfermedades mentales, surge el psicoanálisis, propiciando escenarios en los que se dan divisiones en el contexto científico, puesto que cada trastorno comienza a ser visto desde ambas vertientes.

Desde el psicoanálisis, los trastornos mentales eran concebidos como síntomas permanentes o temporales de alguna patología. Por esta razón Freud, en su texto “Estudios sobre la histeria (1895)” establece una discusión con Janet sobre la debilidad mental como una predisposición de la histeria; en tanto definió la debilidad mental, como algo temporal que se genera a partir de la ruptura de la conciencia entre la actividad psíquica en el síntoma de la histeria, por consiguiente, es un efecto y no una causa.

Considerar el efecto y no la causa es un aspecto que le permite al docente abordar la discapacidad como un atributo para orientar el aprendizaje y sensibilizar la familia en el reconocimiento y la aceptación de ésta, no como una consecuencia de causa-efecto, sino una oportunidad para hacer de la diferencia una herramienta de interacción familiar y cultural.

Lacan, desde su teoría establece que discapacidad mental (debilidad mental, término utilizado en esa época) es un fenómeno de orden subjetivo, más que de la deficiencia de inteligencia y anota que:

Lo que evidencia la debilidad mental es un malestar del sujeto frente al saber, entendido como la relación de ese sujeto con el orden simbólico, prohibiéndose preguntarse por la voluntad del otro; se identifica a un significante que soporta el deseo materno y que le impide cuestionar el sentido de esa identificación. El débil mental protege su posición subjetiva volviéndose esclavo de una lengua que excluye la posibilidad del chiste, del equívoco, asegurándose su desabonamiento del inconsciente. Es por eso que el débil no es un sujeto quejoso, ya que hacerlo implicaría confesar su impotencia, poner en juego su posición de no querer saber nada (Coll Espinosa, 2015, p. 178).

Para continuar con la concepción de la discapacidad intelectual, desde el psicoanálisis es necesario establecer los conceptos de entidad y de estructura.

La entidad es una categoría diagnóstica formulada a partir de la observación y la descripción formal de las afecciones psicopatológicas, está inspirada en un criterio positivista, es decir cuenta con la presencia o ausencia del fenómeno en que la delimitación se hace a partir de agrupamientos, especificaciones y diferenciaciones.

La estructura está referida a una esencia caracterizada por el aislamiento de un mecanismo de formación de síntomas que de vela el modo como el sujeto se relaciona con lo que viene del Otro, no cambia con medicamentos ni estrategias clínicas.

En el ámbito de la discapacidad intelectual, la entidad hace alusión a la descripción de los síntomas psicopatológicos y alude a cada una de las escalas de valoración, mientras que la estructura, da cuenta de la manera como el sujeto asume su discapacidad en relación con los nexos familiares y el entorno social.

Para Lacan, la estructura es donde se encuentran un elemento de imposibilidad constitutiva en la falta. Por tanto, define el concepto de déficit como aquel que no está asociado a una lesión localizada en el organismo, sino a una anomalía de la personalidad, que se demuestra a partir del estudio de los complejos familiares. Entiéndase por complejo, al conjunto de representaciones inconscientes, que hacen referencia a la manera como está concebida la vida familiar para un sujeto.

Es así como el déficit está asociado al contexto familiar como primer acercamiento a la vida en sociedad y que marca el desarrollo de la personalidad.

En los adolescentes con discapacidad intelectual, la primera alerta en el desarrollo se evidencia en la necesidad de dependencia hacia su figura materna por períodos más largos, a diferencia de otros niños. Desde este punto de partida y evidenciando una desviación significativa en su desarrollo, en algunas ocasiones se le realiza la valoración del CI y se denota un desfase de la media según la edad cronológica, dando como respuesta una DI en diferentes grados.

La construcción del Yo, se da inicio a partir de la percepción del niño frente a un espejo, y contribuye en este proceso su figura materna quien genera señalamientos y reconocimientos de las partes como un todo. Es así como el niño, en sus primeros meses de vida, no tiene la percepción de su cuerpo en su totalidad, puede solo ver sus manos, brazos, y algunas otras partes de su cuerpo; por esta razón no es capaz de percibirse como un todo. La configuración de esas partes como un todo se hace a partir del reconocimiento del cuerpo desde el espejo y en acompañamiento de su madre, quien a través de las palabras le permite al sujeto proyectarse, pues la construcción del sujeto finalizado es una meta. El Yo, que se genera a partir de esa madre, quien es la que acompaña en la identificación de la unidad, es una imagen que parte del otro. Esta identificación alienante, es un imaginario narcisista de la madre, donde parte del deseo desde lo que ella desea –Yo imaginario–

La construcción del Yo desde el psicoanálisis, en la discapacidad es complejo, dado que se determina que no hay una finalización en éste porque implica un proceso donde se encuentran los modos de sentir y de pensar, en función del actuar con respecto a los demás. Coll, plantea que “El Yo es el resultado de una construcción imaginaria. En la discapacidad se percibe más bien un yo ajeno, porque no siente como propio la producción de pensamientos ni la satisfacción de sus vivencias” (Coll Espinosa, 2015, p. 178).

De otro lado, la constitución del Yo puede tener dos destinos, el primero es el que surge de la configuración de las representaciones que emergen en la relación de seguridad con los otros. Y el segundo, es el derivado de una instancia yoica donde se genera una deficiencia en la representación porque “desde ese vacío representacional, el deseo que les mueve es un deseo descarnado, deshabitado, de subjetivado” (Coll Espinosa, 2015, p. 179).

Esta construcción del Yo, genera en el sujeto por tanto el inicio de la constitución de la subjetividad, que permite al sujeto desde la dimensión social incorporarse con el fin de constituirse como sujeto para otro.

El pensar, la experiencia y el acontecimiento se entraman en la constitución de la subjetividad como una condición de historia y transformación, de ir más allá del sujeto comprendido como yo-conciencia, una unidad que decide, tiene libertad y apunta hacia la realización de las metas que se proponga. No se aborda desde la tríada: bio-psico-social, sino que la individuación, la constitución de subjetividad se produce desde una exterioridad social, fundante, de ahí que toda constitución de un yo viene de otro, y de Otro (Zardel, 2016, p. 317)

Por esta razón se sostiene que la construcción del Yo, para los jóvenes con discapacidad intelectual es compleja, y a su vez la constitución de la subjetividad desde una mirada más allá del yo-conciencia, puesto que según el grado de discapacidad la toma de decisiones y su libertad, pocas veces apunta a una meta propia del sujeto, donde el Otro objetiviza al adolescente con DI.

La relación de madre-sujeto, está medida por el amor y por el cuidado, este ser que depende en toda medida de su figura materna para subsistir, no solo requiere a su madre desde la necesidad de alimentación y cuidado, el amor y el afecto.

Eso que llamamos amor, es una producción, produce subjetividad y requiere lo relacional. Sólo se da entre seres de cultura. Como señala Lacan, la relación humana más paradigmática es el amor, es la relación más radical, más compleja y profunda de los seres humanos (Lacan, 1987). En toda relación amorosa el que se enamora da, es decir el amante da y da y da, sin embargo, da algo del orden de lo que no tiene. Lo que tiene es deseo, sin embargo, su deseo es deseo del otro o por el otro y con ello configura su identidad.

En dicha relación del deseo del otro, se expresa una falta implícita, una carencia. Puesto que el deseo es del orden de exterioridad y el amado hace señuelo de ser eso que falta, el amado se mantiene en ese lugar en la medida que cubre, que vela la falta del amante, ya que, si bien el amante da, ese dar es porque no se tiene, se busca en el otro que realice algo del orden de lo irrealizable, algo imposible, por eso tarde o temprano, la complejidad del

amor es tan radical que lleva siempre al punto límite, del más allá. Profundamente lo que se anhela sólo hace señuelo a través del otro, que el sujeto amado no posee porque no es. Tarde o temprano, ese no ser, desamarra el ideal y convoca a la agresión, al enojo por el no incumplimiento de deseo. Tal pareciera que esta relación finalmente lleva al incumplimiento. El deseo es incumplible a menos de llevarlo a la última presencia, a lo insondable, al abismo del tiempo, al infinito, al no ser (Zardel, 2016, p. 323)

5. Sexualidad infantil

En este capítulo se abordarán algunos aspectos de la sexualidad en adolescentes con discapacidad intelectual, con el fin de comprender su desarrollo y sus implicaciones desde la relación, las interpretaciones y una aproximación psicoanalítica.

Desde cada una de sus esferas la sexualidad permea al ser humano y momentos de la vida, por esta razón se hace necesario abordar la sexualidad infantil como parte del desarrollo humano, en tanto permite identificar las particularidades del proceso evolutivo y psíquico que conducen a la existencia de huellas mnémicas que pueden determinar el desarrollo de la adolescencia.

Si bien reconocer la sexualidad infantil, en personas consideradas “normales” ha generado controversia, puesto que se ha idealizado y hasta dado un sentido angelical a la infancia, en las personas con discapacidad intelectual es aún más complejo porque la visión de dependencia, invalidez y fragilidad permanece desde los vínculos familiares y estereotipos sociales.

En este sentido, para la comprensión de la adolescencia, es necesario reconocer la sexualidad en la infancia, la cual se abordará desde las etapas propuestas por Freud en el texto “Tres ensayos sobre teoría sexual (1905)”, para quien la sexualidad en los niños es en primera instancia autoerótica, el niño encuentra satisfacción en el propio cuerpo a través de sus zonas erógenas, el impulso que lo lleva a encontrar satisfacción en éstas, es denominado pulsiones parciales, mientras que las zonas erógenas de los adultos tienden a unificarse con predominio de los genitales.

Igualmente, Freud, da a conocer las etapas del desarrollo psicosexual, inicialmente, la etapa oral, donde predomina el “canibalismo porque la satisfacción sexual está unida a la nutrición, donde el niño se satisface sexualmente alimentándose, al igual que sostiene sus necesidades de auto conservación” (Freud, 1905. p. 163).

De acuerdo con la etapa oral, los adolescentes con discapacidad intelectual se inscriben en ésta desde su relación con la comida, la cual es instintiva, devoradora, insatisfecha, un acto heredado que obedece a leyes naturales instintuales y de supervivencia, podría decirse que, en los adolescentes con DI se convierten en un asunto pulsional. Si bien, la etapa oral transmuta en el sujeto a medida que crece, puesto que sobrepone el deseo o la pulsión en diferentes objetos, para los adolescentes con DI es complejo porque no pueden acceder a otro objeto de deseo más que el designado por el familiar, cuidador o cercano que provee alimento y cuidado de sí.

Otra de las etapas planteadas por Freud es la anal, en la que: se desarrollaron dos polaridades activo y pasivo, donde se hace uso del órgano para sostener y expulsar las heces. La pasiva es la sensación que llega con el contenido de la mucosa intestinal.

La zona anal, a semejanza de la zona de los labios, es apta por su posición para proporcionar un apuntalamiento de la sexualidad en otras funciones corporales. Debe admitirse que el valor erógeno de este sector del cuerpo es originariamente muy grande.

Por el psicoanálisis nos enteramos, no sin asombro, de las transmudaciones que experimentan normalmente las excitaciones sexuales que parten de él, y cuán a menudo conserva durante toda la vida una considerable participación en la excitabilidad genital. Los trastornos intestinales tan frecuentes en la infancia se ocupan de que no falten excitaciones intensas en esta zona (Freud, 1905. p. 168).

Para los adolescentes con DI en lo referido a la etapa anal se complejiza, porque aún en edades poco comunes como los diez, once, doce, años, etc., la retención de las heces, se genera con frecuencia y se hace necesario el tratamiento médico. En la infancia es una práctica intencionada para aprovechar su estimulación masturbatoria, que en los adolescentes con DI permanece, pues tienden a tener mayores dificultades intestinales, que dan cuenta de la no tramitación de las heces, lo cual implica una retención desde el deseo pulsional y no principio de autoconservación y cuidado biológico.

Por último, en la etapa fálica, Freud expone que:

Se genera la división de seres que tienen falo y castrados. Y se desarrolla el complejo de Edipo o de castración.

Entre las zonas erógenas del cuerpo infantil se encuentra una que no desempeña, por cierto, el papel principal ni puede ser la portadora de las mociones sexuales más antiguas, pero que está destinada a grandes cosas en el futuro. Tanto en los varones como en las niñas se relaciona con la micción (glande, el clítoris), y en los primeros está dentro de un saco de mucosa, de manera que no puede faltarle estimulación por secreciones que desde temprano son capaces de encender la excitación sexual. Las activaciones sexuales de esta zona erógena, que corresponde a las partes sexuales reales, son sin duda el comienzo de la posterior vida sexual «normal» (Freud, 1905. p. 170).

En lo que se refiere a la etapa fálica, ésta tiene un mayor significado por cuanto marca una diferencia en el desarrollo sexual de los adolescentes con DI, dado que las zonas erógenas del sujeto serán siempre su objeto anhelado y no existe una posterior vida sexual donde se reconozca el otro como objeto de deseo. Esto sucede principalmente porque el cuidado de sus padres o cuidadores suele ser habitualmente de sobreprotección; además de esto las personas con DI, a diferencia de los otros tipos de discapacidad, tienen una restricción más significativa en la autodecisión, elección de pareja, deseo de reproducción, vínculo amoroso y construcción de familia, entre otros.

En los adolescentes con DI, es necesario analizar las implicaciones del periodo de latencia, en el que además de cambios físicos se instauran las relaciones con el contexto que, desde su condición, limitan, estancan, condiciona o develan aspectos que requieren una valoración y consideración de la etapa de latencia es donde se instala el súper yo y divide la sexualidad humana en dos, a partir de los diques morales, a saber, que:

Durante este período de latencia total o meramente parcial se edifican los poderes anímicos que más tarde se presentarán como inhibiciones en el camino de la pulsión sexual y angostan su curso a la manera de unos diques (el asco, el sentimiento de vergüenza, los reclamos ideales en lo estético y en lo moral). [...]Pero, en realidad este desarrollo es de condicionamiento orgánico, fijado hereditariamente, y llegado el caso puede producirse sin ninguna ayuda de la educación (Freud, 1905, p. 161).

Es así como los diques morales, presuponen un papel fundamental en esta etapa puesto que ayudan como aliciente de los deseos sexuales de los niños, si bien es una etapa por la cual transitan las personas, para los adolescentes con DI, pareciera ser que este periodo de latencia permaneciera durante su vida. Se aclara que el grado de discapacidad incide en la independencia que el adolescente tiene con respecto a su familia, puesto que, aquellos en los que su discapacidad se encuentra entre moderada y grave, la relación con el entorno será cada vez más cerrada y dependiente.

De esta manera sus diques morales no solo estarán como formadores de ética y moral para el desarrollo individual del sujeto, sino que permanecerán durante toda su vida como contenedores del deseo sexual.

Por otro lado, la etapa de latencia se divide en dos periodos: latencia temprana y latencia tardía. En cada una de éstas se logra identificar como el sepultamiento del Complejo de Edipo permite al niño abrirse a lo extrafamiliar. Según, Álvarez (2014), al primer periodo, denominado latencia temprana, se atribuyen cronológicamente a las edades de seis a ocho años; en este periodo no hay una organización psíquica consolidada en su totalidad, si bien hay activación motora constante y la experiencia sensorial se convierte en el medio por el cual aprenden, aún demandan de una figura adulta que pueda regular los impulsos. Particularmente, en este período el desarrollo del Yo toma gran fuerza dándose la descarga inmediata, mostrando conductas de postergación y control de la satisfacción de los impulsos.

En el segundo periodo, nombrado la latencia tardía, se logra identificar un mayor equilibrio en los niños entre los ocho y doce años, en tanto prevalecen los intereses y la autoevaluación y/o autocrítica; es así como las identificaciones y grupos por género, toman mayor importancia a partir de las relaciones que establece el niño. Dentro de los aspectos que se destacan en esta etapa son el afianzamiento del superyó y el tránsito de lo familiar hacia otros contextos, en tanto:

El paso decisivo de este pasaje se dará en la adolescencia cuando el sujeto se rebele contra lo familiar y priorice lo extrafamiliar. Sin embargo, en la latencia comienza a darse lentamente este pasaje de una manera no traumática [...] Los amigos cobran una relevancia desconocida hasta ese momento, no le quitan a lo familiar su primacía, como ocurre en la adolescencia, pero ya comienza a vislumbrarse este pasaje de lo familiar a lo extrafamiliar (Álvarez, 2014, p. 4).

Por su parte los adolescentes con DI expresan a través del cuerpo sus intenciones comunicativas porque muchos de ellos tienen dificultades con el lenguaje y en el habla, pero es común descubrir habilidades y destrezas en escenarios como el baile, el modelaje, la gimnasia artística, la pintura, la actuación por cuanto medio de expresión. Mientras que el discurso, como herramienta del lenguaje en este periodo es fundamental, según lo enunciado por Álvarez, “permite al niño sublimar toda esa energía reprimida, y es así como se abren caminos a nuevas sublimaciones. La acción se minimiza y se maximiza el discurso, el lenguaje le da sentido a su vida anímica” (Álvarez, 2014 p. 5), así mismo el juego se caracteriza en esta etapa, donde la motricidad gruesa, las reglas y las normas toman gran importancia y relevancia en su proceso adolescencia.

6. La adolescencia en medio de la discapacidad: una mirada desde el psicoanálisis

En este capítulo se abordará el concepto de adolescencia desde la perspectiva psicoanalítica, pero en contraste con la discapacidad intelectual en los adolescentes, a partir de lo expuesto por Freud, Aberastury, Kaplan y Blos, quienes señalan batallas, duelos o renunciaciones a las que se enfrenta el adolescente al ingresar en este periodo y que para el adolescente con discapacidad intelectual no le es ajeno ni distante.

Los cambios psicológicos que se producen en este periodo y que son el correlato de cambios corporales, llevan a una nueva relación con los padres y con el mundo. Ello sólo es posible si se elabora lenta y dolorosamente el duelo por el cuerpo del niño, por la identidad infantil y por la relación con los padres de la infancia (Aberastury & Knobel, 1989, p 15)

En primera instancia, definir la adolescencia desde varias perspectivas es importante; desde lo cronológico, existe una edad que determina una preadolescencia, la cual va de los 10 a los 14 años y una adolescencia que comprende entre los 15 y 19 años de edad. Por su parte, el Código de infancia y adolescencia colombiana, en su artículo dos, considera que el adolescente son las “personas entre 12 y 18 años de edad” (Ley 1098 de 2006. p. 10).

La adolescencia como etapa, puede ser determinada por una construcción social, porque en algunas culturas este momento de transición, entre la niñez y la adultez, no existe y, por consiguiente, los adolescentes asumen roles sociales tempranamente y en algunos casos sin darse el desarrollo físico, cognitivo o psíquico, además de asignarles roles y responsabilidades inscritas en el ámbito de la adultez.

Desde la perspectiva psicoanalítica, la infancia, es un periodo relevante, en tanto prevalece el reconocimiento de la sexualidad infantil y la base psíquica de muchos procesos que en la etapa de la adolescencia es una culminación de estos y trae consigo cambios en el desarrollo desde lo psíquico y lo físico. La adolescencia no llega a la vida del sujeto sin tener presente todo aquello que queda como arraigo de la primera infancia o que desde lo psíquico no se ha resuelto en su totalidad.

La adolescencia se caracteriza por sus procesos de duelo o segundos procesos de individuación; para lo cual Freud, en sus primeras observaciones reconoce que en la adolescencia hay una reorganización psíquica en la que se destacan la percepción sobre su cuerpo, la relación con sus padres y la construcción de sí. En Tres ensayos sobre teoría sexual (1905), Freud denomina la adolescencia como “la metamorfosis de la pubertad”, donde establece los efectos que tiene la sexualidad infantil en ésta y donde las metas sexuales se transforman.

Entre los aspectos relevantes de esta etapa se resalta la transformación del objeto de deseo dado que no solo se sobrepone hacia el exterior del sujeto, sino de la figura materna o paterna que lo acompañó en sus primeros años, porque “después de la pubertad esos padres deben ser despojados de su carácter de destinatarios del deseo. También hay que renunciar a las idealizaciones infantiles que exaltaba su poder” (Kaplan, 1984/2004, p. 101)

Entonces, la renuncia a esta relación de incesto y el despojo de ella misma trae consigo una lucha emocional y prolongada para el sujeto, puesto que, en la infancia, el niño construye su identidad a partir de sus padres, mientras que en la adolescencia se da una remoción en la que, el deseo incestuoso tiene otra dirección y se aleja de los padres.

El hecho de que una vez que el adolescente desliga la libido de sus padres, el apetito sexual habrá sido removido de una vez para siempre y depositado en otra parte, normalmente en una persona del sexo opuesto que no pertenece a la familia inmediata. La remoción implica algo más que un desplazamiento. La calidad del apetito sexual se convierte, de anhelo incestuoso, en deseo genital adulto (Kaplan, 1984/2004, p. 118)

Si bien, la ansiedad que produce esta remoción genera la construcción de lazos afectivos por fuera de la familia, lo cual no significa que el deseo sexual incestuoso no persista, sino que se transmuta a otro en virtud de las relaciones de pareja. Por otro lado, están quienes asumen esta remoción desde sentimientos de odio y desapego a los padres, transmuta toda la idealización de sus padres a sentimientos contrarios, según los postulados de Kaplan, es la reversión del amor en odio.

Entonces, el adolescente se ve enfrentado a asumir su deseo genital e identificar su ser amado a quien dirigirá ese deseo. Esta batalla, también es vivida por los padres, quienes se

enfrentan a un sujeto que si bien, tiene cambios físicos que lo denotan como mujer o hombre, también asumen el conflicto interno que lleva al adolescente en un devenir constante entre dualidades y extremos, un ejemplo de esto es el cuidado de sí, donde se perciben jóvenes con prácticas de autocuidado extrema o descuidos exagerados de los cuales no hay conciencia.

Por su parte en la transición por el cambio de objeto de deseo genital, algunos adolescentes viven este proceso de manera rápida, asumiendo un estado de fuga que trae consigo aspectos negativos, tales como una salida rápida y pronta de su núcleo familiar, llevándolos a tener relaciones amorosas apresuradas y escogencias de grupos sociales –tribus– poco asertivas o en un caso extremo, elegir la delincuencia juvenil, situaciones que no se evidencian en los adolescentes con DI, sino que se viven desde la agresividad, rechazo hacia los familiares y comportamientos no acordes a lo instaurado social y culturalmente, porque no se desarrolla la tolerancia a la frustración y no cuentan con la autodeterminación.

Así mismo la adolescencia, al ser una etapa de transición se deben elaborar tres grandes duelos (duelos de la adolescencia normal), nombrados por Aberastury, quien señala que el duelo es un conjunto de procesos psicológicos que se generan normalmente en la pérdida de un objeto y que llevan a la renuncia de éste. Aberastury, señala tres etapas del duelo: la negación, la resignación y desapego. La primera, es el mecanismo por el cual el sujeto rechaza la pérdida, y se muestra incrédulo frente a ésta, generando sentimientos de ira y de enojo. El segundo aspecto acepta la pérdida y devienen sentimientos de pena y tristeza. Y, por último, el desapego, donde se admite la pérdida, y renuncia al objeto dando lugar a otros.

Según Aberastury, los duelos por los que pasa el adolescente son:

6.1 Pérdida del cuerpo infantil

En la adolescencia los cambios físicos ocurren tanto en el hombre como en la mujer, es poco probable que estos cambios no sean identificados por las personas que transitan en esta etapa. Por el contrario, irrumpe en el infante, tomando formas adultas, lo que genera sorpresa por la transformación y la manera en que se relaciona con el entorno, es así como el adolescente “vive en ese momento la pérdida de su cuerpo infantil con una mente aún en la infancia y con un cuerpo que se va haciendo adulto” (Aberastury & Knobel, 1989, p 143)

En las niñas, los primeros cambios que ocurren se identifican en los senos y el crecimiento del vello púbico, el tamaño y la forma de los pechos va en aumento, a medida que crece y que el

tejido adiposo se va acomodando. Para los niños, el cambio más común es el engrosamiento y largor del pene, sin olvidar el crecimiento testicular que ocurre con anterioridad; en el varón el crecimiento del vello púbico que se genera al mismo tiempo que el cambio que sucede con sus genitales y la voz que se engruesa, dan cuenta de cambios físicos, pero no madurez mental.

A los varones les crecerá más vello corporal, aumentarán de tamaño, se les ensanchan los hombros, se les endurecen los músculos y su laringe se hará más profunda. En las niñas se ensanchará el diámetro de la pelvis y se desarrollará el tejido adiposo en las caderas, los muslos, las pantorrillas y los pechos. Al igual que el vello púbico, axilar y corporal, estos rasgos se consideran caracteres sexuales secundarios debido a que son estimulados por hormonas sexuales o por la secreción diferencial de hormonas en uno y otro sexo, pero no son esenciales para el funcionamiento sexual o reproductivo. Con todo, contribuyen de modo significativo al apetito erótico y a la excitación del deseo genital” (Aberastury & Knobel, 1989, p 143)

En los adolescentes con DI, los cambios físicos ocurren como en cualquier otro, pero de los cuales no son conscientes, la diferencia significativa en este proceso está en los desprendimientos afectivos de sus padres hacia otros objetos libidinales, tanto amorosos como amistades y que en estos adolescentes no se genera, sino que por el contrario se dan identificaciones físicas, emocionales e imaginarias.

Existe en la adolescencia una voluntad biológica, que va imponiendo un cambio que tanto padres como adolescentes deben ir enfrentando, dado que el cuerpo infantil se está perdiendo para siempre y es necesario asumir un rol diferente, para el cual en el ámbito de la discapacidad ninguno está preparado.

La problemática del adolescente comienza con los cambios corporales, con la definición de su rol en la procreación y se sigue con cambios psicológicos. Tiene que renunciar a su condición de niño; debe renunciar también a ser nombrado como niño, ya que a partir de ese momento si se le denomina de ese modo será con un matiz despectivo, burlón o de desvalorización (Aberastury & Knobel, 1989, p. 21-22).

Las etapas del duelo son un inicio donde el adolescente rechaza su cuerpo, en tanto le es ajeno, lo desconoce, no comprende y le genera gran molestia; luego acepta su pérdida y por último lo asume. El sujeto se siente invadido por los cambios que van resurgiendo en él y sobre los cuales no tiene control. El cuerpo de la adolescencia que dista significativamente, de ese cuerpo de la infancia, los pone en evidencia frente a una sociedad, que los comienza a reconocer como hombres y mujeres, se generan sobre ellos además una responsabilidad inmediata por sí mismos.

En el adolescente normal este manejo de las ideas les sirve también para sustituir la pérdida de su cuerpo infantil y la no adquisición de la personalidad adulta, por símbolos intelectualizados de omnipotencia, reformas sociales y políticas, religiosidad, en donde él no está directamente comprometido como persona física (ya que en este estado se siente totalmente impotente e incómodo), sino como entidad pensante. Niega así su cuerpo infantil perdido, y en fluctuaciones incesantes con la realidad, que lo ponen en relación con sus padres, su familia y el mundo concreto que lo rodea y del cual depende, elabora esa pérdida y va aceptando su nueva personalidad (Aberastury & Knobel, 1989, p. 144)

En la infancia los padres tienen responsabilidad sobre el cuidado del niño, mientras que en la adolescencia los jóvenes deben hacerse cargo de ese cuerpo, asumirlo y cuidarlo. El cuerpo comienza a hacer parte del sujeto, sin una anticipación y lo que genera mayor frustración no hay manera de detenerlo. Al finalizar la adolescencia, el joven debe asumir su derecho a la genitalidad, dada por su padre edípico y aceptar una posesión del propio cuerpo y para las personas con DI la dependencia de los padres y cuidadores continua durante toda su vida, el cuidado del cuerpo no es propio del sujeto, no se le asignan responsabilidades como éstas, o si su grado de discapacidad no es tan significativo, tiene ciertas libertades sobre su cuerpo, pero con supervisión.

6.2 Identidad y rol

El sujeto asume la pérdida de su rol infantil y adquiere otras responsabilidades en su entorno familiar, renunciando a la dependencia de los padres. Cada desplazamiento o cambio en la vida psíquica genera en las personas un sentimiento de temor y la llegada de la adolescencia no es la excepción, muy por el contrario, la renuncia a la infancia es uno de los apegos amorosos más difíciles de concretar:

La primera infancia en la que el niño es más vulnerable que nunca, resulta enteramente natural que quienes lo cuidan y lo protegen pasen a ser los seres que con mayor intensidad desea. La mera satisfacción del apetito y el placer de la descarga muy pronto se entrelazan con una avidez de relacionarse con otros, la avidez sexual que llamamos libido

La libido no existe en el momento del nacimiento. Se desarrolla en el contexto de los diálogos madre-hijo. Los diálogos de amor humanos nacen del deseo, de los ciclos recurrentes de apetito, anticipación y consumación. A menos que exista un apego a un ser querido, no hay modo de gratificar los deseos humanos. “Y una vez que existe el apego, también debe haber racionamiento, frustración, desilusión, interrupción, separación y legitimidad: los cómo, cuándo y dónde de la gratificación (Kaplan, 1984/2004, p. 103)

En la infancia –la madre– es quien construye la condición humana, la carga de sentido y le da significación al ser, reconociendo las restricciones que se puede tener del ser humano frente al otro. La madre es por tanto una legisladora sobre la que depende el bebé, es ella quien determina las relaciones con el otro. Por el contrario, en la adolescencia el sujeto debe asumir la responsabilidad de su socialización y de su participación en el contexto social, inicia una dualidad entre la independencia y dependencia a sus padres, pues no es lo suficientemente maduro para asumir las responsabilidades de los adultos, pero si se considera necesario ciertas independencias de sus padres, como la elección de su círculo social.

Y así comienza el gran debate entre el deseo y la autoridad. Del diálogo a la ausencia, del amamantamiento al destete, de la unidad con la madre a la separación de ella, del despertar de los apetitos genitales a la humillación de la derrota Edípica, la infancia es una leyenda que habla de encontrar objetos de amor, perderlos y volverlos a encontrar (Kaplan, 1984/2004, p. 104)

En la construcción del nuevo rol, las necesidades que antes eran asumidas u orientadas por los padres desaparecen, y le corresponde al adolescente hacerse cargo de éstas. Con la supervisión de los adultos como diques morales, y un entorno que se convierten menos inflexibles y permisivos como lo es la escuela y la sociedad.

Los apetitos sexuales que provienen de los genitales inmaduros en la infancia de los cuales no existía ningún tipo de desahogo u objeto amoroso, en la adolescencia permanecen en el propio cuerpo y también sostienen la necesidad de ponerlo en un sujeto externo para dar paso a la construcción de la identidad con el género y la orientación sexual, a partir de la cual el sujeto genera conciencia a partir de la ética y la moral, para tomar decisiones subjetivas, desde lo objetivo.

La resolución definitiva del complejo de Edipo durante la adolescencia hace posible que el superyó se expanda hasta pasar a ser algo más humano que meros ojos que vigilan, voces que prohíben y sometimiento a la exigencia de perfección. En el proceso de resolver el dilema del incesto, el adolescente suele domesticar su conciencia al menos lo suficiente como para ganarse el permiso de funcionar genitualmente como adulto (Kaplan, 1984/2004, p. 118)

Para las personas con DI, el superyó, suele ser uno de los aspectos más difíciles de lograr, esto está relacionado con el grado de gravedad en la concisión de discapacidad, por esta razón es posible afirmar que las personas con DI en situación grave o moderada se sostienen durante su vida en un estado de latencia. pue no logran disolver el dilema del incesto al no sobre poner el deseo en un objeto exterior.

En la construcción de la identidad sea hace notorio la genitalidad, dado que es la rectificación de que el objeto de deseo se ha direccionado por fuera de su familia, por tal razón surge el ideal de amor, y libertad que en los adolescentes con DI no se desarrolla, en tanto:

Es preciso destacar que el poder llegar a utilizar la genitalidad en la procreación es un hecho biopsicodinámico que determina una modificación esencial en el proceso del logro de la identidad adulta y que caracteriza la turbulencia e inestabilidad de la identidad adolescente (Aberastury & Knobel, 1989, p 46).

6.3 Los padres de la infancia

Los padres de la infancia son aquellos sobre los que el niño deposita todo su amor y su idealización del ser, son quienes guían y orientan el proceder desde su comportamiento con el

cuerpo y la relación de éste con su entorno. Si bien la adolescencia trae consigo un aire de renovación, fuerza y vitalidad, la infancia se instaura con sus arcaicos deseos que obligan al sujeto a no dejarla descartada.

Es así como a comienzos de la adolescencia no se tiene una maduración por completo de la conciencia y se evocan mensajes de la conciencia escolar. “Si el adolescente acatará los mensajes de su conciencia de escolar, continuaría atado a las lealtades de su infancia y no tendría a dónde dirigir sus deseos genitales (Aberastury & Knobel, 1989, p 46). Es así como se perdura la obediencia a los padres idealizados, pero es necesario conseguir en algún momento ese permiso para ser una persona con genitales maduros y con capacidades de reproducción, para lograr el desplazamiento del deseo sexual por fuera de la familia. A este suceso especial se le ha dado el nombre de remoción, que implica un poco más que un desplazamiento, es cuando el apetito sexual, se convierte en un deseo genital adulto.

Esta decisión, sin embargo, no es una cuestión del tipo "todo o nada" que pueda cumplirse inmediatamente. La lucha por separar la libido, o apetito sexual, de los padres es larga y difícil. Él desea aprovechar toda oportunidad de volver a inscribirse en los guiones conocidos. El pasado no acepta de buen grado ni con facilidad que se lo abandone (Kaplan, 1984/2004, p. 115-116).

En esta búsqueda de la adolescencia, el joven debe separar el deseo sexual con las representaciones psíquicas de sus padres, hasta tener la seguridad de que estos no son el objeto de deseo. La remoción que se le otorga al desplazamiento del deseo sexual por fuera de la familia incide en el adolescente de tal manera, que busca generar en ésta el deseo, a partir del cual se generan las remociones fallidas que darán paso a la manera como el adulto no solo se comporta en su entorno social, sino en la elección de su rol dentro de éste.

Al final de la adolescencia, el sujeto puede reemplazar o “matar” al padre del mismo sexo, sin que se dé en la literalidad; es decir, el odio que se despertaba en la culpa edípica ha implicado que el adolescente pueda sentir su genitalidad es su derecho y genere una desconexión de los primeros objetos de amor, como enuncia Schon:

La pérdida por la renuncia de los padres edípicos lleva al adolescente a un vacío interno lo que impulsa a la búsqueda de nuevos objetos [...] El hecho de enamorarse o de tener novio hace que en ellos aumenten los rasgos masculinos o femeninos y siempre el amor tierno precede a la experimentación heterosexual (Schorn, 2003, p 24.)

Esta etapa que, si bien presupone un momento de goce para los adolescentes, no lo es para los padres, ni los hijos con DI; por el contrario, la sexualidad, el enamoramiento y la elección de pareja se convierte en algo que asusta. Con los varones, los cuidadores, se preocupan por su deseo sexual, que en algunos casos suele existir una alta excitación en lugares considerados no privados. Con las mujeres, los embarazos, los posibles abusos o acosos sexuales son los focos de mayor temor.

Es así como la sexualidad, algo que es tan privado de esta etapa para los adolescentes con DI, pasa a ser un tema público de padres, cuidadores y educadores. Ésta, se pone en evidencia y aspectos de la privacidad como las conversaciones con amigos en privado, las dificultades no socializadas con los padres no son aceptados por los padres de estos jóvenes, por el contrario, quieren ser partícipes de todo y en múltiples ocasiones deciden por ellos.

7. Encuentros y desencuentros en los cambios físicos y psíquicos en los adolescentes con discapacidad intelectual. desde una perspectiva psicoanalítica

En este capítulo se reflexionará sobre algunos encuentros y desencuentros en el desarrollo sexual, por el cual atraviesan los adolescentes con y sin DI, dado que en la adolescencia los aspectos biológicos, psíquicos y culturales son diferentes a otros momentos de la vida.

Desde los cambios físicos, en los adolescentes con DI sucede lo mismo que en aquellos que no tienen esta condición, a saber, presencia de la “menstruación, erección, eyaculación[...] Seguramente en algunos de ellos pueden aparecer más tardíamente pero son pocos los casos en que esta transformación no se dé” (Schorn, 2003, p. 23), por tanto los cambios físicos de los adolescentes con DI no refieren una diferenciación al proceso de aquellos jóvenes considerados normales, pero la actitud de sus padres frente a estos es totalmente diferente, porque el temor al desarrollo de estos en medio del entorno social y cultural, los conduce a tomar decisiones a priori y no concertadas con ellos.

7.1 Desprendimiento afectivo de los padres hacia nuevos objetos libidinales

La adolescencia se caracteriza por generar un proceso donde el sujeto se desprende de sus primeros objetos de deseo, aquellos que configuraron la figura materna o paterna. Para los adolescentes con DI y sus padres este proceso genera temores y angustias, que conllevan a una sobreprotección del sujeto; principalmente, en el sentido reproductivo y relacionar, porque si bien los padres de los adolescentes “normales” comienzan a ser conscientes que el deseo genital es latente mientras que para aquellos con hijos con DI el temor es mucho más grande.

En los varones con DI, la libido sexual es considerada un problema, puesto que desde la cultura los hombres son vistos como aquellos que tienden a tener relaciones sexuales más tempranas, por esta razón los padres de estos adolescentes denotan preocupación por no saber qué pasará con ese deseo sexual que comienza a surgir. En las mujeres, el temor más allá de su libido sexual recae, en la toma de decisiones y en la preocupación por un embarazo no deseado ni planeado, que conlleva a que los padres decidan por un método de planificación que borre la menstruación y la tubectomía, para cercenar la posibilidad de procrear, por cuanto:

No llegando a dimensionar que la apropiación de una adecuada sexualidad no es el solo uso de la genitalidad sino un modo de posesionarse hacia el afuera, un deseo de romper los lazos endogámicos, el logro de una más apropiada subjetividad. Al no producirse esto naturalmente en un tiempo y condiciones lógicas se robustece la idea del mantenimiento del niño latente. Pero tampoco el de un latente tardío de ocho años que intenta ya liberarse del adulto y trata de competir en sus juegos, sino el de un latente temprano caracterizado por la angustia frente a lo impulsivo y la fuerza de las medidas defensivas. La formación reactiva (originada en la analidad) se impone, empobreciendo al yo (Schorn, 2003, p 29.)

De este pensamiento de cuidado se ha simplificado la sexualidad de los jóvenes con DI, donde lo que prima es la necesidad de sostener esas pulsiones sobre el propio cuerpo y sus manifestaciones. Cuando se habla de la sexualidad para personas con DI el debate siempre recae en si es posible tener o no hijos, en el cuidado de las relaciones sexoafectivas y en la implementación de los métodos de planificación para las mujeres.

La mayoría de los padres siguen haciendo un reforzamiento en estos hijos del mantenimiento de la latencia, lo cual incluye la represión de la sexualidad y la negación de las fantasías. Recordemos que la latencia se caracteriza por refrenar los requerimientos sexuales, por tener el yo menos conflictos y por ser el superyó menos rígido. Pero debido a que los padres consciente o inconscientemente dudan acerca del para qué perder ese equilibrio de tranquilidad que da la latencia, luchan para que todo quede igual (Schorn, 2003, p 28.)

Entonces, a los padres, de manera inconsciente, les genera mayor tranquilidad el hecho de que sus hijos con DI permanezcan en un estado de latencia, y que no llegue la adolescencia con todas sus transformaciones psíquicas, donde se pone en juego el papel de los padres.

7.2 Privacidad en la sexualidad de adolescentes con DI

El cuidado que recae sobre los jóvenes con DI, a diferencia de aquellos que no tienen esta condición, genera que la privacidad de ellos se convierta en orden casi que público, dependiendo del grado de discapacidad “la sexualidad algo que es tan privativo de la adolescencia pasa a ser

tema propio y hasta público de padres y de educadores en adolescentes con discapacidad” (Schorn, 2003, p 24.) Hay adolescentes sobre los cuales, aún se practican cuidados de sobreprotección como por ejemplo bañarlos, alimentarlos, movilizarlos, escoger las prendas de vestir, establecer sus relaciones afectivas y determinar cuánto tiempo duran. Aspectos que son propios de la niñez, pues es en esta etapa los padres tienen gran relevancia en la toma de decisiones del niño y la privacidad es compartida. Este aspecto dista significativamente de la adolescencia de una persona “normal”, puesto que esa separación y apropiación de la privacidad es obligatoria y necesaria. Para las madres de los jóvenes con DI es difícil comprender que su hijo/a puede sentir amor por alguien más, de allí la razón por la cual lo infantilizan.

La educación del niño consiste en enseñarle a la lengua materna y con ello el dominio de sus pulsiones; a controlar sus esfínteres; a comer, vestirse, trabajar; controlar su agresividad y su sexualidad y otras cosas más abstractas (aunque ya designar una cosa por una palabra es un acto enteramente de abstracción) (Ramírez, 2007, p.77).

El lenguaje por otra parte juega un papel muy importante en la construcción de la privacidad, pues permite establecer el límite en relación con esos padres o cuidadores en aspectos que son propios de cada uno y sobre el cual no se requiere de opiniones externas.

Cualquier adolescente sin discapacidad se defiende con palabras, con hechos y acciones cuando sus padres u otros adultos se entrometen demasiado en sus vidas. Los cuchicheos entre los amigos, el hablar por teléfono en secreto, el llorar o la reserva dan cuenta que ellos están en plena crisis de crecimiento. A casi ningún padre se le ocurriría plantearse seriamente, si su hijo puede o no desear o si tiene permiso para gustar de algún jovencito/a o si existen fantasías al respecto. Ellos saben que deben estar y acompañar el recorrido emocional de ellos, pero nada más que eso. Pero esto no es lo que ocurre corrientemente con la adolescencia de la persona con discapacidad intelectual. “Esta etapa es vivida por ciertos padres como una situación conflictiva, traumática e indeseada donde todo lo que le ocurre al jovencito/a no le es propio, sino que tiene absoluta repercusión en la familia” (Schorn, 2003, p 25.).

Es así como la privacidad de las personas con discapacidad pasa a ser de orden público, todo lo que conlleva a toma de decisiones repercute en la familia y por ende todos se sienten en la

libertad de poder opinar al respecto. La dificultad en la comunicación no permite generar un rechazo frente a lo sucedido, puesto que las falencias que se evidencian en voz y habla dificultan la comprensión de nociones básicas de diálogos en tiempos y espacios. Es así como:

Las palabras son las adquisiciones culturales transmitidas a los niños por los padres. La pérdida de los objetos reales se va sustituyendo por símbolos verbales que son las palabras (pecho y madre reales se reemplazan por las palabras correspondientes). Estos símbolos pueden manejarse omnipotentemente en su sustitución fantaseada, y a medida que el pensamiento evoluciona, lo conceptual simbólico reemplaza cada vez más a lo concreto real egocéntrico (Aberastury & Knobel, 1989, p143-144).

Si bien en los jóvenes con DI se puede escuchar decir palabras que denotan una situación egocentrista, no es en su totalidad cierta; las palabras utilizadas por estos jóvenes suelen ser en su mayoría, réplicas del contexto que no denotan significado para ellos, en muchas ocasiones quien pone el sentido a lo que se dice es el adulto.

El lenguaje cumple un papel fundamental para la humanidad, pues ha permitido generar conocimiento de una generación a otra, al igual que las creencias religiosas y populares, las invenciones, el arte, las leyes y la ciencia. El lenguaje es sin duda alguna lo que nos separa de los demás animales y propicia el raciocinio. Los adolescentes con DI si tienen lenguaje, pero éste no cumple en su mayoría con la intencionalidad, se sobrepone como medio para expresar sus necesidades y sentimientos.

A diferencia del adolescente sin esta condición que el lenguaje es un mecanismo para relacionarse y extender el deseo pulsional por fuera de su familia, en relaciones de amistad y sexo afectivas.

Según Ramírez (2007), el niño tiene significado y está dado por el lenguaje en cuanto los padres lo sostienen en su discurso; para las personas con DI el ser nombrado y tener significado en su núcleo familiar sucede como con cualquier otro, la diferencia radica en aquellos que su diagnóstico es dado durante el embarazo. Los padres de los adolescentes con DI se enmarcan en un supuesto donde el sujeto, no tiene la capacidad de razonar y por tanto de generar dependencia,

lo que deja en entre visto una falta de castración, donde se impone la relación fantasmática del joven con su madre.

El niño retardado y su madre forman en ciertos momentos, un solo cuerpo, confundiendo el deseo de uno con el otro, al punto que ambos parecen vivir una sola y misma historia. Esta historia tiene soporte, en el plano fantasmático, un cuerpo que se diría afectado por idénticas heridas, que han revestido una señal significativa. Lo que en la madre no ha podido ser resuelto en el nivel de la prueba de castración, será vivido en forma de eco por el niño, que en sus síntomas no hará más que hacer “hablar” a la angustia materna (Mannoni, 1982, p. 53).

Es así como ese sujeto, es percibido por los padres como un objeto de goce, donde se instauran esos miedos, que no pueden ser despojados del adolescente con discapacidad, dado que éste no puede generar un desprendimiento de esa figura materna en su totalidad. Ya que su condición no le permite tener relaciones lejanas a ella, como amigos. Si bien las personas con DI pueden decir libremente que tienen amigos, estos son establecidos por sus padres o hasta por el mismo sistema de salud cuando asigna IPS o fundación. Es por esta razón que el papel que tienen los amigos con respecto a la relación con los padres, para las personas con discapacidad es distinto, hasta el punto de que su madre o cuidadora se convierte en su única amiga.

7.3 Proyecto de vida y visión a futuro

En la adolescencia el sujeto, va determinando su visión a futuro y lo que se proyecta en ella, en un principio con ciertas dependencias a lo que los padres desean para él, pero estableciendo el límite con lo que quiere, por esta razón: sabemos que cualquier adolescente se impone frente a sus padres con planteos nuevos, acertados o no. Dicen “quiero ser o no como mis viejos”, “quiero trabajar o no quiero estudiar” (Schorn, 2003, p 27.).

Los adolescentes con DI tienen al igual que los jóvenes normales, proyectos que por lo general son copia de acciones o deseos de personas que están a su alrededor, como por ejemplo casarse, tener hijos, una profesión, ser independientes, entre otras. La diferencia recae en que, si bien sus deseos nacen del otro, el adolescente con DI si lo toma como propio, pero no es escuchado.

La mayoría de las veces, esos deseos no son posibles y tampoco son tenidos en cuenta por sus cuidadores. Porque sus familias, tienen planeación de su futuro y de su día a día, “El tiempo tiene que ser ocupado. Hay que ir a natación, la equitación, a visitar alguna tía” (Schorn, 2003, p 27.) instituciones que lo vuelven los denominados niños eternos, que no despegarán de casa, y que sus necesidades dependen en su mayoría de lo que sus padres proyecten. No hay un proyecto de vida escuchado y mucho menos, con permiso de ejecución; no olvidar lo social

8. Conclusiones

La adolescencia trae consigo muchos cambios, no solo desde el aspecto físico, sino desde lo psíquico. Para las personas con discapacidad intelectual, las transformaciones dadas en el cuerpo son inherentes al sujeto. Todos y todas sin importar el grado de discapacidad o el diagnóstico que tengan evidencian cambios. Las transformaciones psíquicas plasman una gran diferenciación, todo depende del grado de discapacidad, las dificultades en el lenguaje, las relaciones establecidas con sus padres y el significado que tenga éste para sus progenitores.

Así mismo, la construcción del superyó, no se efectúa en su totalidad, porque algunos adolescentes con discapacidad intelectual entre moderada y grave, permanecen en un estado de latencia. Por eso afirmar que muchas personas con DI son “niños eternos”, es lo correcto. Así mismo, se puede identificar que, en personas con DI de moderación leve, pueden acercarse a los duelos propios de la adolescencia, pero no lo logran en su totalidad, en primera medida porque no son escuchados por sus padres o cuidadores y, en segundo lugar, a causa de las sobreprotecciones de estos.

Por otro lado, la sexualidad de los adolescentes con DI se limita a pensarse exclusivamente a la reproducción y en algunos casos a las relaciones sexo afectivas, no se tienen en cuenta aspectos como la identidad con su género y sus orientaciones sexuales. Si bien, aceptar en personas “normales” las distintas orientaciones sexuales y la identidad con un género, pensarlo en un adolescente con DI es mucho más complejo. Se logra identificar en la práctica y acercamiento con personas con esta condición que si tienen una orientación sexual definida más no aceptada por sus cuidadores o padres.

La mayoría de los padres siguen haciendo un reforzamiento en sus hijos de un estado de permanencia en la latencia, porque esto genera la represión de la sexualidad, la negación de las fantasías y la proyección del objeto de deseo por fuera de su entorno familiar. Todo esto partiendo del desconocimiento que se tiene por parte de ellos acerca de la sexualidad más allá del uso de la genitalidad.

Si bien la condición de discapacidad intelectual limita la construcción de la estructura física, no es un denominador común para aquellos que tienen una condición de discapacidad leve o limítrofe, esto está ligado a la construcción de una identidad o la capacidad que tenga el sujeto de reconocerse, además de eso la capacidad que tenga los padres frente a la adolescencia.

Las modalidades identificadoras de las personas con DI moderada o grave son muy pobres, necesitando constantemente de los cuidados excesivos e intensos de sus padres, por el contrario, las personas con discapacidad leve o limítrofe, que, si bien tienen mayor capacidad en la construcción de sí, no difieren de los otros en la necesidad permanente de cuidado de sus padres o cuidadores.

Referencias

- Aberastury, A., & Knobel, M. (1989). *La adolescencia normal. Un enfoque psicoanalítico*. Paidós Educador.
- Alvarez, F. (2014). *Etapa Latencia*. Guatemala: Universidad Mariano Galvez De Guatemala.
- Álvarez, A., & Del Río, P. (1990). *Aprendizaje y desarrollo. La teoría de la actividad y la ZDP*. Obtenido de Psicología de la Educación: <https://acortar.link/R2AqqY>.
- Baquero, R. (1996). *Vigotsky y el aprendizaje escolar* (Vol. 4). Aique
- Campo, M. I. (2003). Aspectos de las relaciones afectivas y sexuales en personas con discapacidad intelectual. *Discapacidad*, 83, 15-19. <https://bit.ly/3RNdvTj>
- Caricote, E. (2012). *Sexualidad en adolescentes discapacitados*. Salus.
- Coll Espinosa, F. J. (2015). *Aplicación del Arteterapia en el Desarrollo de Capacidades Asociativas y Cognitivas en Personas con Discapacidad Psíquica*. Obtenido de Universidad de Murcia, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos: <https://bit.ly/3qUF2p6>
- De Miranda Cardoso, F. L., & Martínez, S. A. (2020). *Conferencias de la Oficina Internacional de Educación durante la dirección de Jean Piaget: panorama de la enseñanza especial (1929-1967)*. Revista Muesca. <https://bit.ly/3VamsHD>
- E., G., Morales Martínez, E. O., López Ramírez, D. J., Charles Cavazos, Z. d., & Tuero Martínez, E. M. (s.f.). Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad sexual. *Actitudes hacia la sexualidad de las personas con discapacidad sexual*.
- Fundacion Saldarriaga Concha. (2019). Fundacion Saldarriaga Concha: <https://www.saldarriagaconcha.org/personas-con-discapacidad-protagonistas-en-la-filbo/>
- Freud, S. (2019). Tres ensayos sobre teoría sexual (Vol. 386). Editorial Verbum.
- Hernández R., M. I. (2015). El concepto de discapacidad: de la enfermedad al enfoque de derechos. *Revista CES Derecho*, 6(2), 46-59.
- Jiménez T., E. J. (2016). Guía metodológica para elaborar el diagnóstico fisioterapéutico según la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), de la discapacidad y de la salud. *Gaceta Médica Boliviana*, 39(1), 46-52.
- Lacan J. (1987). Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis. *Seminario 11*. Paidós.

Colombia. Congreso de la Republica. (2006). Ley 1098 de 2006 (noviembre 14): por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia. Diario Oficial.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W.H.E., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., y cols. (2002). *Mental Retardation. Definition, classification and systems of supports* (10th ed.).

Mannoni, M. (1982). *El niño retardado y su madre*. Paidós.

Méndez, M. P. *Alumnos con discapacidad sensorial en el área de educación física*. s/f

Navas, N. (s.f.). Lozano Villa & Asociados Abogados. El fin de la Interdicción en Colombia: ¿De un proceso inconveniente a un régimen incierto? <https://onx.la/843a5>

Navas, P., Verdugo, M. A., & Gómez, L. E. (2008). *Diagnóstico y clasificación en discapacidad intelectual*. Obtenido de Psychosocial Intervention. 17(2): <https://bit.ly/3xq8DKG>

Padilla-Muñoz, A. (2010). Discapacidad: contexto, concepto y modelos. *International law*, (16), 381-414.

Pérez-Ramírez, B. (2021). *De la noción de trastorno mental al concepto de discapacidad psicosocial a partir de una intervención situada*. Inter disciplina. 9(25): <https://acortar.link/uwkToH>

Psiquiatría, A. A. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnosticos del dsm - 5 tm*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.

Kaplan, L. (2004) La hija indeseada del psicoanálisis. En *Adolescencia el adiós a la infancia* (cap. 3, p.70-86) Paidós.

Ramírez, M. (2003). *Psicoanálisis con niños y dificultades en el aprendizaje*. Ed Universidad de Antioquia.

Ríos g., á. M., gil v., i. C., Hernández v., c., & Bermeo l., m. A. (2017). Hacer realidad un derecho: una experiencia de inclusión de alumnado con discapacidad cognitiva en una institución educativa. *Apuntes De Psicología*, 33(2), 83–92. <https://bit.ly/3HVfi46>

Schorn, M. (2003). *La capacidad en la discapacidad. Sordera, discapacidad intelectual, sexualidad y autismo*. Lugar Editorial .

Verdugo, A. (1992). El cambio de paradigma en la concepcion del retraso. En M. A. Alonso (Eds.), *Personas con discapacidad. En la perspectiva del Siglo XXI* (Capitulo 11 y 12). Siglo Veintiuno.

Xiaoyan, K., & Jing, L. (2017). *Discapacidad Intelectual*. Trastornos del Desarrollo: <https://acortar.link/ZXFpx9>

Zardel Jacobo, BE, (2016). La constitución o producción de la subjetividad, del sujeto desde el psicoanálisis y del sujetado al discurso de la discapacidad. *Infancia y filosofía*, 12 (24), 309-341.